

A cidadania como forma de tolerância*

The citizenship as form of tolerance

Benedetto Saraceno¹

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

RESUMO: Apresentamos a conferência “A cidadania como forma de tolerância”, realizada em 1998, na cidade do Rio de Janeiro. À época, o Dr. Benedetto Saraceno atuava como diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, posto que ocupou até dezembro de 2010. Atualmente, é diretor científico do *Centro Studi Sofferenza Urbana* – SOUQ, em Milão, Itália. Nesta conferência, o Dr. Saraceno apresenta um panorama global do impacto dos transtornos mentais e sua relevância para o debate sobre a saúde pública no mundo. Apresenta os principais grupos expostos à violação de direitos de cidadania e coloca a necessidade de tais grupos adquirirem capacidade para formularem demandas para si. Questiona a lógica do modelo biomédico, caracterizada por ser linear, individualista e a-histórico, e discute o determinismo claro decorrente deste modelo: a simplificação do sofrimento e o aprisionamento daquele que o sofre em uma única identidade, a de doente. A partir desta crítica, nos coloca uma transformação necessária: a produção de uma abordagem global da doença e da saúde, que incorpore os modelos teóricos e as práticas de intervenção para que estes sejam mais articulados, interdisciplinares e inovadores, que permitam a todos a construção de contextos de identidades diversas. Neste sentido, coloca a cidadania como contexto iniludível de qualquer tratamento, cidadania como direito em si: soma de direitos e identidades, positivos e negativos. Nos convida então a pensarmos a tolerância não mais como simples aceitação da diversidade, mas como exercício constante de afirmação de direitos.

DESCRITORES: Transtornos mentais; Saúde pública; Violação dos direitos humanos; Saúde mental.

* Conferência, Rio de Janeiro, 1998. Tradução: Elisabete Ferreira Mângia. Revisão: Melissa Tieko Muramoto. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

¹ Diretor do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde.

Endereço para correspondência: Centro de Docência e Pesquisa em terapia Ocupacional da FMUSP, Rua Cipotânea, 51 – Cidade Universitária, 05508-900, São Paulo-SP.

Uma nação transversal

A questão da tolerância frente à diversidade implica múltiplas abordagens que considerem as possíveis definições da diversidade, assim como o próprio significado do termo “tolerância”.

Num primeiro momento, para iniciar nossa reflexão, tentarei assumir um enfoque mais específico, dentre os muitos possíveis, que nos ajude a desenhar um paradigma que, talvez, possibilite trazer indicações mais gerais e de maior alcance.

Uma vez que pertenço a uma agência especializada das Nações Unidas, cuja missão é a saúde e, mais especificamente, trabalhando para os programas que lutam pela saúde mental dos povos do mundo, utilizarei o paradigma saúde mental/doença mental.

Todos os países do mundo enfrentam problemas psicossociais e psiquiátricos cujas soluções requerem ações de diversas índoles e em cuja execução devem empenhar-se tanto os setores sanitários e sociais, quanto os econômicos e políticos. Em geral se estima que, no mundo, existam mais de 300 milhões de casos de transtorno afetivo, 32 milhões de casos de retardo mental, mais de 40 milhões de casos de esquizofrenia e 29 milhões de casos de demência. Em relação à dependência de substâncias psicoativas, se estima que existam cerca de 467 milhões de casos de dependência de álcool e 15 milhões de usuários de outras drogas.

Se graduarmos o conjunto das incapacidades derivadas de todas as doenças crônicas (psiquiátricas ou não), os transtornos afetivos representam a causa mais importante de incapacidade; o retardo mental ocupa o quarto posto, a epilepsia o sexto, a demência o sétimo e a esquizofrenia o nono. Portanto, das 10 causas principais de incapacidade, a metade se deve a condições neuropsiquiátricas.

O Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde calcularam o encargo de morbidade de todas as doenças em termos de anos de vida perdidos: os transtornos mentais representam 12%, enquanto que todos os tipos de câncer representam 5,8% de tal carga de morbidade. A carga representada pelos transtornos psiquiátricos e de comportamento é impressionante quando medida em termos de incapacidade, mas as estatísticas tradicionais não o refletem, pois tem sempre colocado o acento sobre a mortalidade e não sobre a morbidade, ou sobre a incapacidade.

Se o empenho de todos os que lutam para melhorar a saúde é o de adicionar anos à vida (diminuindo a mortalidade) isto não significa que o empenho não deva ser também o de adicionar vida aos anos, ou seja, diminuir a morbidade e a tremenda carga representada pela incapacidade.

Estas cifras impressionantes se referem exclusivamente aos transtornos mentais classificados. Todavia, é necessário considerar também outras condições que, independentemente do fato de não serem “doenças mentais” incluídas na classificação internacional das doenças são, de qualquer forma, caracterizadas por um grave sofrimento psicossocial: a privação do meio afetivo e educativo na infância, a violência doméstica ou social, a extrema pobreza, o desenraizamento dos migrantes, os deslocamentos dos refugiados, o isolamento das populações indígenas, são todas condições que agridem a saúde mental dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais.

Entre aqueles que sofrem de doença mental e aqueles que sofrem por qualquer uma dessas condições há muito em comum: ambos os grupos são expostos a violações dos direitos humanos e de cidadania, ambos os grupos vivem no interior de instituições de alta densidade (manicômios, cárceres, campos de refugiados) ou de baixa densidade como no caso das favelas ou das estações do metrô, ambos os grupos devem adquirir maior capacidade de formular demandas coerentes às suas necessidades reais, ambos os grupos têm necessidade de respostas concretas que se articulem em um quadro comunitário e de desenvolvimento humano global. Deste modo se forma uma nação mista na qual doenças e condições desfavoráveis se entrecruzam.

Entre as muitas Nações oficiais deste mundo, há esta nação com “n” minúsculo, transversal, sem poder nem voz. Dar voz e poder a esta nação tão grande quanto destituída, é uma utopia para o século futuro.

Todavia, temos necessidade de compreender melhor as diferentes categorias de obstáculos que fazem com que esta utopia continue a ser sem esperança.

Existem obstáculos que dependem de variáveis “macro”, como a política, a área militar, a economia e o campo social dos Estados, que parecem estar fora do controle dos cidadãos comuns e que induzem a perigosa tentação de renunciar a realização da utopia.

Todavia, outros obstáculos podem ser superados mediante um projeto individual e coletivo que saiba colocar a urgência ética da questão, assim como a possibilidade de se confrontar concretamente com ela.

Por exemplo, há obstáculos que requerem mudanças na visão pessoal e coletiva que todos temos da diversidade, da enfermidade mental, de suas conseqüências e das respostas possíveis. Há obstáculos que requerem um maior conhecimento pelo cidadão, sobre quais serviços sanitários vale a pena exigir dos governantes.

Enfim, há obstáculos que requerem ações pontuais realizadas por atores claramente definidos (por exemplo, os serviços de saúde) e que requerem também uma clara

responsabilidade de parte dos operadores do serviço público, dos administradores, dos políticos (por exemplo, o grau de acesso aos serviços ou o seu financiamento).

Trata-se de uma aliança entre diversos atores, disciplinas, serviços, recursos: quanto mais difusa e indefinível for a condição de sofrimento em direção a qual se age, tanto mais difusa e indefinível é a “tecnologia” que será necessário utilizar.

Uma tecnologia difusa, sim, mas com objetivos definidos; difusa enquanto referida aos problemas complexos e entrecruzados, indefinível enquanto não formalizada, mas composta de saberes diversos.

Como disse inicialmente, utilizarei o paradigma da saúde/doença mental para desenhar um mapa dos problemas e para suscitar uma reflexão sobre respostas.

O excesso de identidade

A adoção exclusiva do modelo biomédico no campo do sofrimento mental tem reforçado um paradigma linear positivista e obsoleto. Existe um determinismo claro e distinto: uma causa para cada doença mental e como consequência um tratamento específico. Não importa se a causa possa ser psicológica ou biológica (este conflito deveria ser mantido como uma questão de antiqüário): o que continua a ser hegemônico é o pensamento linear que pretende simplificar o sofrimento e pretende dar respostas simples a demandas cuja formulação simples foi artificialmente induzida. A lógica que caracteriza o paradigma médico (biomédico, psicomédico, sociomédico, ou seja, independentemente de suas maiores ou menores concessões aos aportes da psicologia ou da sociologia) é:

- Linear: um determinado dano provoca uma condição de doença e os tratamentos serão reparatórios deste dano;
- Individualista: a saúde e a doença são determinadas pela ausência/presença de recursos no indivíduo e os tratamentos constituem intervenções dirigidas exclusivamente ao indivíduo;
- A-histórico, pois pretende ignorar a interação do indivíduo com o seu ambiente, a sua cultura, a sua história e sua condição social.

Na realidade o problema do sofrimento mental é muito mais complexo e tal complexidade é bem sintetizada na questão formulada pelo genial norte americano Eisenberg (1986) a propósito da doença mental: “Mental disorders or problems in living?”, ou seja, quando nos referimos à doença mental, nos referimos aos transtornos do sistema nervoso central ou aos problemas do viver?

A aparente ingenuidade da pergunta em realidade

supera a questão mente-corpo (e o aborrecido debate entre psiquiatras biológicos e psicodinâmicos), propondo uma terceira variável: o ambiente, o contexto, ou seja, a interação entre sujeito biopsíquico de um lado e o contexto de outro. Os fatores macro-sociais, as diferenças culturais, os eventos externos e extremos, as condições sócio-econômicas, a falta de apoio social adequado, o ambiente relacional adverso, são todos fatores totalmente ou relativamente independentes das características biológicas ou psicológicas de um indivíduo. Os contextos micro-sociais jogam conjuntamente um papel crucial no surgimento e na evolução das doenças mentais.

Todavia seria um erro se limitar a somar a condição social às dimensões psicológica e biológica para compilar simplesmente uma lista de fatores causais ou de risco. A operação conceitual e prática necessária é muito mais complexa: trata-se de gerar uma abordagem global da doença e da saúde, na qual também os modelos teóricos (e as práticas de intervenção) sejam mais articuladas, interdisciplinares e inovadoras e não se limitem a somarem prescrições (remédios) como a receita de um médico muito confuso.

Neste ponto é importante clarear, de uma vez por todas, que o conflito entre as abordagens (biológica, psicológica e social) é em si um falso conflito: à luz dos atuais conhecimentos em neurobiologia, neuro-psicologia, psicodinâmica, sociologia seria insensato propor um modelo de saúde-doença que não fosse interativo e complexo.

Um conflito real existe, sim, mas é aquele entre o paradigma médico e o paradigma do desenvolvimento humano.

O papel hegemônico do paradigma médico ultrapassa os limites da medicina e penetra em outros setores, coloniza outros problemas, se apropria do sofrimento, o define, o classifica, o fragmenta em tipologias e administra respostas, uma resposta para cada demanda e, se a demanda não encontra resposta será necessário reformulá-la de tal modo a não formar grupos de demandas insatisfeitas. Esta lógica fragmenta a demanda assim como a resposta cria grupos ou “grupos” de postulantes.

Costa (1994), professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, escreve:

“... estamos criando, sempre mais, populações e tipologias específicas. Cada vez somos mais especialistas em doentes de AIDS, em idosos, em homossexuais, negros, mulheres, crianças, etc. Cada vez mais estamos construindo um mundo de tribos onde praticamente não existe uma espécie de referência ao ‘nós’...” (p. 26).

Nasce assim um mapa cada vez mais completo de respostas, de demandas, de saberes, de poderes e de instituições para conter todas essas identidades separadas entre si.

Sabemos bem que cada identidade é o resultado de um processo de diferenciação relativa a um fluxo magnético e indiferenciado no interior do qual existem conexões múltiplas; o processo de construção da identidade seleciona e reduz as conexões, simplifica as múltiplas possibilidades existentes, fixa os termos de referência, traça limites e fronteiras. Trata-se de um processo que continuamente e contemporaneamente se determina em lugares diversos; assim, processos análogos de identificação podem estar em fases diferentes por causa das condições históricas e geográficas.

Certamente a identidade de um determinado grupo humano se constitui a partir de uma urgência de reconhecimento, da necessidade de afirmar uma diferença, e este processo, histórica e geograficamente determinado, traz consigo experiências individuais e de grupos que permitem a criação de novos conhecimentos, a formação de novos sujeitos históricos, de novas idéias políticas, a construção de novas linguagens artísticas: assim nos ensina a história de todos os movimentos nos quais uma minoria foi reconhecida como tal e construiu sua identidade (é necessário recordar que uma minoria pode se constituir pela escassez numérica relativa – como é o caso de muitas populações indígenas – ou por falta de representatividade efetiva em uma determinada comunidade, como é o caso da maioria negra na África do Sul). Podemos afirmar que qualquer processo de auto-identificação de uma minoria é um processo enriquecedor.

Todavia, há uma etapa nos processos de construção de identidade, na qual a identidade mesma se constitui de maneira muito forte e ganha assim um espaço que se converte em instituição, ou seja, termina a fase na qual a diferenciação enriquece e inicia a fase na qual a identidade se acha prisioneira de suas próprias características; a identidade não serve mais para formar novos nexos, mas serve somente à sua auto-reprodução.

A identidade assim institucionalizada, não interroga mais nem a si mesma nem ao mundo, mas se limita a sobrepor-se às outras instituições existentes como elemento a mais no panorama geral.

Os sujeitos que inicialmente reconheceram em si a existência de uma identidade (uma, mas não exclusiva) assumem integralmente esta identidade como a única existente e tornam-se fundamentalistas. E o fundamentalismo é uma forma de instituição total.

Se a identidade é uma exigência irrenunciável, não obstante "de uma só identidade se morre" (REMOTTI, 1996), ou se mata. Somos todos conscientes que algumas identidades (aquelas étnicas ou religiosas) encontraram momentos históricos ou situações geopolíticas nos quais

foram artificialmente alimentadas pelos governos, e muito de nossa história contemporânea o mostra tragicamente.

Muitas outras identidades, que se referem aos grupos humanos mais limitados e cujas reivindicações não provocam consequências geopolíticas importantes, não interessam aos governos, mas podem também ser alimentadas por interesses econômicos, sociais ou da política nacional e local.

Identidade com fronteiras e permeabilidade das fronteiras

Damos agora uma ordem aos conceitos até aqui mencionados, retornando ao paradigma da saúde mental e da doença mental.

Os conceitos que nos serviram são os seguintes:

- o modelo biomédico é um paradigma simplificador;
- a colonização de todos os sofrimentos humanos pelo modelo biomédico é um risco real;
- a multiplicação artificial das identidades ligadas aos sofrimentos é uma consequência dos conceitos citados anteriormente;
- as respostas que cada identidade recebe são sempre muito fragmentadas;
- se multiplicam e reforçam as fronteiras entre as identidades;
- o sujeito desaparece diante da identidade na qual está fechado e pela qual é definido.

Podemos exprimir esta seqüência lógica de maneira mais articulada.

O modelo biomédico da doença mental encontra paradigmas lineares de causa-efeito e não tolera a complexidade que o obrigaria a fornecer respostas complexas.

A extensão do modelo biomédico a todas as formas de sofrimento psicossocial determina uma classificação artificial dos sofrimentos em categorias simplificadas (a mulher maltratada se transforma em paciente deprimida, o refugiado de guerra se transforma em paciente que sofre de stress pós-traumático, etc).

São assim construídas novas identidades fictícias (e um exemplo muito interessante são as associações de pacientes psiquiátricos organizados segundo diagnósticos) que formulam demandas hiper-seletivas à espera de respostas tanto quanto hiper-seletivas: a demanda simples e selecionada corresponde a uma resposta simples e selecionada.

Como consequência, os grupos humanos tendem a se organizar e a pensar a partir da afirmação de uma

“monoidentidade” que nega a existência e a riqueza das muitas identidades que existem em um mesmo sujeito: as pessoas não se representam mais como pessoas, mas como depressivos, obsessivo-compulsivos, psiquiatras, psicólogos, etc. Sérvios como sérvios e hutus como hutus.

Como se representaria um psiquiatra sérvio que está deprimido?

Em outras palavras: como não perder a riqueza, por vezes contraditória, das identidades de um sujeito?

Como permanecer em relação e troca com as muitas competências de cada sujeito? As suas múltiplas comunidades, culturas, condições, etc?

O filósofo italiano Agamben (1990) na obra “La comunità che viene” (“A comunidade que virá”) sugere a possibilidade que os seres humanos, no lugar de continuar a procurar uma identidade própria, possam transformar seu próprio ser em uma “singularidade sem identidade”, de modo que as relações humanas possam afirmar-se sem a mediação da competência e da identidade.

Sim, porque a força de uma identidade é inversamente proporcional à força e a liberdade do sujeito que é constringido e aprisionado nela. Quando a identidade integra o sujeito em si mesma, esta se transforma em instituição.

O processo de crítica às instituições totais não tem sido somente um processo de destruição do escândalo manicomial (este tem sido o aspecto mais imediatamente evidente), mas sim um processo de reconstrução do sujeito que estava dentro da instituição.

A instituição total teme a diversidade, não tolera a diferença, teme o estranho e o estrangeiro, teme a corporificação, a sexualidade, a produção de sentido porque simplesmente a instituição deve empregar as suas energias para auto-reproduzir-se.

A nação transversal dos doentes mentais e de todos aqueles que sofrem por serem privados do direito à saúde mental, a nação que está sem voz nem poder, corre o risco de ser constringida, obrigada a assumir identidades artificiais, de ser obrigada a permanecer em territórios definidos por fronteiras impermeáveis, em reservas, campos, manicômios, diagnósticos, associações, clubes, círculos: tudo o que obstrui o trânsito das pessoas, das mercadorias, das culturas, dos argumentos, das loucuras, das veemências.

A utopia para a tolerância

Nos últimos dez anos, na França, se difundiu uma expressão nova que já é parte integrante da língua de Voltaire: “sans papiers”. Usada para definir aqueles que não

têm documentos, que migram dos países africanos ou dos Balcãs ou da Europa do leste, chegam clandestinamente e trabalham sem permissão até que são descobertos como “sans papiers”. O fenômeno é similar na Itália, na Alemanha e mais geralmente nos países da união européia.

A história conhece muito bem os “sans papiers”: simplesmente muda o grupo humano que é considerado sem documentos, ou seja, incapaz de demonstrar a sua pertinência aos humanos com direitos. São “sem documentos” os imigrantes clandestinos assim como os pacientes psiquiátricos.

Há diferentes maneiras de ser “sans papiers”.

Há pessoas cujos documentos existem, mas estão em outro lugar. São humanos em outro lugar: pobres, sem trabalho, mas em outro lugar têm papel concreto e metafórico, que dizem que eles pertencem à humanidade. Aqui não, não tem papel: são alienados, estrangeiros diferentes e, portanto sem papel e “sans papier”. A discriminação passa por fronteiras geográficas, econômicas e étnicas. Mas também existem pessoas que sempre viveram aqui e, todavia são sem documentos, não têm documentos (papel) e não há nenhum outro lugar onde os tenham.

A discriminação passa por outras fronteiras: razão versus desrazão, comportamentos socialmente aceitos versus estranhos... Estes também são excluídos, embora os limites que os separam dos outros se referem a sua exclusão da história hegemônica e não da geografia hegemônica.

Aqueles de nós que trabalharam nos hospitais psiquiátricos para fechá-los, sabemos muito bem que o processo chave é o da reconstrução histórica dos internados, a reapropriação de seu passado e presente, a reapropriação do sentido que cada um deles produziu em sua vida, apesar do notável esforço que a instituição faz em matar cada sentido individual, em aniquilar cada diferença, em construir uma falsa identidade coletiva: aquela do doente mental crônico. Outra vez uma identidade a serviço da negação do sujeito.

Uma primeira etapa da utopia deve ser o reconhecimento, sem indecisões nem exceções, do fato que cada homem e mulher é produtor de sentido. Etapa mais ambiciosa será a de reconhecer, e conseqüentemente agir, que os milhões de homens e mulheres cuja produção de sentido está limitada, bloqueada, aniquilada, negada, não estão nesta condição por serem enfermos mentais ou por estarem em terríveis situações de sofrimento psicossocial, mas sim essencialmente por falta de resposta adequada às suas enfermidades e aos seus sofrimentos psicossociais.

Em outras palavras, não é o déficit resultante das condições de enfermidade ou de sofrimento psicossocial, que retira o sentido dos seres humanos, mas sim uma decisão

discriminatória tomada por outros. Uma decisão que define a produção de sentidos estranhos à razão dominante como “ausência de sentido”.

É daí que começa o processo de perda do poder material e psicológico, a institucionalização no interior de categorias definidas para sempre, a simplificação das respostas até a resposta mais simples e aniquiladora do internamento.

É necessário fazer o percurso ao inverso: reaquisição de poder, desinstitucionalização das identidades fictícias, reconstrução da história do sujeito, reconstrução dos espaços e tempos para a expressão do sentido.

Devemos nos perguntar se este processo de re-historização não tem em comum com o necessário processo de reconstrução do sentido humano e cultural que se esconde atrás das diferenças geográficas, étnicas e culturais dos outros “sans papiers” do nosso tempo.

Em ambos os casos se trata de um processo de “empowerment”, de reapropriação da subjetividade diante da violência das identidades atribuídas e às vezes auto-atribuídas.

Todos sabemos que o problema da diversidade não se resolve criando espaços concretos e metafóricos para isolar, separar, aniquilar. Não queremos isolar a diversidade e sobre este ponto é possível criar um consenso. Todavia é muito mais difícil criar consenso para desmascarar a ilusão da normalização da diversidade.

É necessário desconfiar das ilusórias soluções positivistas pela normalização da diversidade. Quando se proíbe a uma minoria de falar a própria língua, quando se discrimina a homossexualidade, quando se tenta reduzir o sofrimento da mulher, causado pela violência doméstica a um simples diagnóstico médico, se está negando a existência da diversidade, ou melhor, dizendo, se está obrigando a diversidade a não existir, a não afirmar-se como parte ineludível da complexidade.

É muito mais simples normalizar a diversidade do que diversificar a norma.

Fala-se muito de reabilitação (dos doentes mentais, dos deficientes físicos, das crianças de rua, dos encarcerados). Fala-se muito de integração dos imigrantes ou dos refugiados. Fala-se muito da luta contra a exclusão. Sem dúvida, estes processos de reabilitação, integração ou inclusão não podem ser vistos como processos de normalização nos quais são os elos frágeis da cadeia que devem modificar-se enquanto os fortes não mudam.

Aqueles que não têm pernas podem caminhar graças a próteses, mas também graças à redução de barreiras arquitetônicas na cidade. Em outras palavras, se a desabilidade pertence ao sujeito, o “handicap” que ele

sofre pertence à comunidade que o circunda. A diversidade, portanto, deve induzir uma mudança das regras do viver e não somente procurar uma mudança em si mesma. A inclusão, contraposta à exclusão, não é aprendizagem por parte dos pobres das regras dos ricos, mas, sim, é a mudança das regras do jogo.

Não queremos cidades sem os diferentes, mas sim os diferentes nas cidades. A utopia que queremos é a da comunidade humana onde a diversidade tem direitos de cidadania, mas não como identidades separadas.

O psiquiatra italiano Rotelli (1993) escreve que não existe um centro de saúde mental mais belo que o bazar árabe. Parece-me uma imagem muito bela e muito inteligente. A praça do mercado de Florença no Renascimento, o mercado de Chichicastenango na Guatemala, o porto de Marselha, a praia do Rio de Janeiro são centros de saúde mental enquanto lugares de encontro, de negócio, nos quais as identidades não existem, mais sim existem as diversidades, ou seja, os sujeitos e os sentidos que produzem.

Vocês sabem que a palavra negócio vem do latim e significa negação do ócio. Ócio como solidão, como isolamento, como exclusão no interior de identidades pequenas, pobres, reduzidas. Negócio como processo de troca entre pessoas, afetiva e material.

Há muitos anos visitei uma oficina de reabilitação para pacientes dentro de um hospital psiquiátrico. Os pacientes produziam objetos de cerâmica e os enviavam a uma loja na cidade. A cidade em que se encontrava o hospital psiquiátrico era constantemente visitada pelos turistas que compravam os objetos de cerâmica, que são artesanato típico local, muito conhecido. Perguntei a um dos pacientes como andava seu negócio: - Se vendem muitos de seus objetos de cerâmica? A resposta foi simples e clara: - Nenhum.

- E por quê?, perguntei. - Porque os turistas não são tontos e compram artesanato de boa qualidade, e os nossos objetos são de baixa qualidade.

Voltei dois anos depois e me explicaram que agora os pacientes já não trabalhavam mais no interior do hospital porque tinham um negócio no centro da cidade. Fui visitá-los com muito entusiasmo. E novamente fiz a mesma pergunta: se vendiam muito ou pouco. O mesmo senhor, de dois anos atrás, me respondeu: - Não vendemos nada. Os turistas olham e vão até outra loja, que vende artesanato de qualidade melhor que a nossa. Mostrei-me desapontado, mas o senhor se deu conta e me disse: - Agora estamos contentes, é muito diferente de antes.

Não notei muita diferença.

O senhor me disse com voz clara e alegre: - Veja, há dois anos eu era um psicótico que fazia cerâmica feia. Hoje sou dono de uma loja de artesanato desta cidade,

ainda psicótico, e o negócio (assim disse) vai muito mal, como para muitos outros deste país. Somos comerciantes em dificuldades.

Este senhor tinha muito claro a diferença entre ser psicótico excluído e ser incluído, isto é, gozar do direito de ser cidadão. Ganhara a possibilidade de estar sentado em um “bazar árabe”: psicótico, pobre, mas cidadão. Havia conquistado identidades adicionais e não era mais patrão-escravo de uma só identidade.

Cidadania como contexto das identidades

A cidadania é o contexto ineludível de qualquer discurso sobre a diversidade. A cidadania é a precondição de qualquer tratamento da enfermidade. A cidadania é um direito em si: soma de direitos negativos (de não ser excluído, de não ser abandonado, de não ser violentado) e de direitos positivos (de ser cuidado pelo serviço sanitário, de ser tratado bem, de ser reconhecido pelas necessidades pessoais).

É muito provável que a necessidade de pertencer a uma só identidade, prioritária e integral, seja inversamente proporcional ao gozo da cidadania: quanto mais gozamos dos direitos de cidadania, menos necessitamos de reconhecermos-nos em uma identidade única porque a nossa subjetividade é suficientemente reconhecida e produtiva.

A utopia da saúde para todos pode transformar-se em programa real, em um objetivo concreto, quando saúde e cidadania forem vistas como inseparáveis.

A tolerância foi o paradigma iluminista que nos acompanhou (nos ensaios filosóficos mais que na realidade histórica) desde a Revolução Francesa. Tolerância como forma de aceitação da diversidade, como esforço moral e intelectual de todos que pertencem à razão, à norma, à maioria. Este nobre esforço moral desenhou uma minoria na maioria: os homens de boa vontade que, todavia, nem sempre são os que controlam as fronteiras e que definem as normas para os que devem cruzá-las.

Na nossa época e no futuro, a tolerância deverá exercitar-se com menos ênfase sobre a boa vontade dos indivíduos e muito mais sobre a afirmação dos direitos substanciais protegidos pelas coletividades e por suas organizações públicas.

A cidadania é uma forma de tolerância que não é baseada na vontade nobre de uma minoria iluminada, mas, sim, na capacidade de organização dos recursos e das instituições que existem na comunidade.

A tolerância como ética do respeito da igualdade dos seres humanos se transforma em ética de acesso às oportunidades materiais e afetivas de que uma comunidade

dispõe.

Agora já não se concebe mais uma ética privatista de filósofos, sacerdotes ou teólogos: a ética contemporânea é a ética do acesso, que muda a vida dos diferentes e de todos os normais, que em um momento dado da sua vida normal serão, também eles, diferentes; ética do acesso aos tratamentos, a ser escutado, ao apoio, aos recursos, às oportunidades, às trocas, às praças de mercado.

A ética do acesso se baseia num novo conceito de serviços e, particularmente dos serviços sanitários, totalmente diversa daquela que, na realidade, geralmente caracteriza tais serviços.

Mais uma vez utilizamos o exemplo da saúde mental.

Trata-se de imaginar o serviço de saúde mental como espaço concreto e metafórico que é caracterizado por ser acessível, flexível e permeável a diversos saberes, atento a gerar trocas, relações e oportunidades para os seus clientes.

Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica de saúde, com outros setores do sistema sanitário, com outras agências sociais e com a comunidade circundante. O serviço deve ser constantemente atravessado e habitado pelos usuários e pelos profissionais de saúde mental. O serviço não deve ser o distribuidor de uma oferta fechada, ou seja, pré-definida. Não se trata de um restaurante que tem os seus pratos fixos e os clientes devem adaptar-se a oferta. Esta lógica funciona nos restaurantes porque os clientes podem escolher entre vários restaurantes, até encontrarem o alimento que mais os agrada. O serviço de saúde mental serve uma população que vive em uma área definida do território e os usuários têm o direito de encontrar o que necessitam é não aquilo que o dono do restaurante decidiu. Há serviços de saúde mental que oferecem terapia farmacológica e nada mais, outros que oferecem psicoterapia familiar porque agrada ao dono, etc. Mas os usuários têm direito de encontrar quem os escute, apoio psicológico, programas de reabilitação, tratamentos farmacológicos adequados, oportunidades de socialização, possibilidade de serem internados por períodos breves em ambientes adequados (e os manicômios não são ambientes adequados a nada) etc. Porque estes são os instrumentos que se mostraram eficazes para ajudar aos que padecem de enfermidades mentais.

Os usuários têm direito de utilizar o serviço quando necessitarem e não apenas quando o serviço está funcionando (talvez 1h por dia). O serviço de saúde mental é comunitário não porque está situado (isto é, tem um endereço postal) em um certo lugar de uma cidade ou de uma zona rural. Ser

comunitário implica uma estratégia de ações e interações com a comunidade. Tudo isto que nós estamos sustentando não é algo de estranho, revolucionário, impossível. Não é estranho porque está descrito e recomendado na literatura científica internacional; não é revolucionário porque foi realizado em muitos países, ou regiões, ou províncias do mundo nas quais não há nenhum tipo de revolução, mas simplesmente uma política de saúde mental e uma organização dos serviços de boa qualidade; não é impossível porque existe tanto nos países industrializados quanto nos países com recursos muito menores. Não é algo que pertence ao norte do mundo e não ao sul porque existe tanto no norte como no sul. Há exemplos extraordinários na Europa (Itália, Espanha, Inglaterra), assim como em países da Ásia (na Índia, por exemplo) e também na América Latina (no Brasil).

Uma crítica a este modelo de serviço se baseia, algumas vezes, no argumento da falta de recursos. É seguramente um argumento sério e que deve ser levado em conta, mas ao mesmo tempo, é um argumento que dissimula a falta de capacidade de mudança e inovação dos profissionais.

É necessário refletir atentamente sobre a noção de “recurso” em saúde mental. Todos vocês recordam do conto de Robinson Crusoe que, depois do naufrágio se encontra sozinho em uma ilha deserta. Robinson está desesperado porque não encontra saída para a sua situação: não há o que comer, nem água para beber. Não há nada (DEFOE, 1993).

Sua única possibilidade de sobrevivência se encontra nos pedaços de sua embarcação submersa. Com muito trabalho ele pode salvar alguns frangos, vinho, vários alimentos e muitas outras coisas que podem servir na sua vida solitária de naufrago. No transcorrer do tempo, esses recursos se exauriram e Robinson começa a ver com outros olhos o ambiente que o rodeia. Passa a explorar sistematicamente a ilha e encontra um rio, algumas plantas, legumes, animais. Pouco a pouco a ilha deserta se transforma em um lugar de vida possível, cheia de recursos. Há de tudo. Até outro ser humano.

O rio, as plantas, os animais e o homem que residem nesta ilha estavam ali desde sempre. Simplesmente Robinson não os havia visto. É isto que se modifica e não a ilha, e sim o olhar de Robinson.

Não existem recursos em nossas ilhas desertas dos serviços públicos. É verdade, mas também, é verdade que nosso olhar é muito estereotipado, limitado. Consideramos recurso apenas aquilo que nos é dado. Todavia, recurso é também aquilo que existe, mas que não sabemos ver.

A comunidade é, em si, um recurso, os organismos públicos (os outros serviços sanitários, as escolas, as

entidades assistenciais) e aqueles privados (as paróquias, os partidos políticos, os sindicatos, as associações esportivas, etc) são todos recursos. Os usuários e suas famílias são, também eles, recursos.

É necessário acabar com a idéia de que os usuários dos serviços são simplesmente um custo: são, ao mesmo tempo, um custo e um investimento. Na realidade, a miséria dos serviços depende, sobretudo, da miséria conceitual e organizativa dos mesmos: é o isolamento da psiquiatria que isola os usuários da psiquiatria, assim como é a sua miséria intrínseca que faz miseráveis os seus lugares de ação.

Para provar isto que estou afirmando é suficiente comparar serviços de cardiologia ou de qualquer outra especialidade médica nos países ricos com os serviços equivalentes nos países pobres: a diferença é evidente, e depende dos maiores ou menores recursos disponíveis. Se compararmos os manicômios de países com notáveis diferenças de desenvolvimento econômico se confirma o fato de que a miséria é transversal, ou seja, é uma variável muito pouco dependente da riqueza do país e muito mais dependente da concepção da enfermidade mental.

Há serviços psiquiátricos miseráveis em países ricos e há serviços excelentes em países pobres. Aos profissionais de saúde mental que vivem no sul do mundo e que perguntam onde poderiam ir com uma bolsa de estudo, aprender a boa psiquiatria, não é necessário responder propondo uma lista de cidades norte-americanas, inglesas, alemãs, etc. Se pode, ao invés, responder: - Visite os serviços de saúde mental da província do Rio Negro, na Patagônia, aprenda reabilitação psicossocial nos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos ou em alguns Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo, ou na cidade de Madras na Índia, ou nos Centros de Atenção Primária do Irã. Nestes lugares poderão encontrar uma riqueza dos serviços de saúde mental realmente extraordinária, que mostra como a psiquiatria pobre do sul pode, às vezes, ensinar muito à pobre psiquiatria do norte.

Iniciei falando em utopia e concluo falando de organização de serviços. Na realidade creio que a utopia da tolerância e da cidadania como forma moderna de tolerância será mais real somente na medida em que a reorganização da banalidade da vida diária (que inclui os serviços de saúde) e a reafirmação da subjetividade voltar a ser parte integrante de qualquer discurso geral sobre nosso futuro.

Talvez a exploração dos arcanos psíquicos ou dos segredos bioquímicos seja menos fecunda para os homens e as mulheres que sofrem e que não tem poder, do que poderia ser a exploração dos arcanos dos balanços financeiros dos serviços públicos e privados que acompanham a nossa vida real.

SARACENO, B. The citizenship as form of tolerance. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

ABSTRACT: We present the conference “The citizenship as form of tolerance”, pronounced in 1998, in the city of Rio de Janeiro, Brazil. At the time, Dr Benedetto Saraceno was director of The Mental Health Department of World Health Organization, position occupied until 2010 December. Presently, he is scientific director of Centro Studi Sofferenza Urbana – SOUQ, in Milan, Italy. In this conference, Dr. Saraceno presents a global panorama of impact of mental disorders and their relevance to the debate about public health all around the world. He presents the main groups exposed to rights violation of citizenship and sets the need of these groups to have ability to formulate their own demands. He criticizes the logical of biomedical model, characterized by be linear, individualized and ahistorical, and discusses the clear determinism resulting from this model: the simplification of suffering and the imprisonment of who is in suffering in one only identity, the sick person. From this critique, he points a necessary transformation: the production of a global approach of disease and health that incorporates the theoretical models and the intervention practices, making them more articulated, interdisciplinary and innovative, and that allows everyone the construction of contexts of diverse identities. In this direction, he sets the citizenship as inescapable context of any treatment, citizenship as right itself: sum of rights and identities, positives and negatives. He invites us to think tolerance as constant exercise of assertion of rights, instead of simply acceptance of diversity.

KEY WORDS: Mental disorders; Public health; Human rights abuses; Mental health.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *La comunità che viene*. Torino: Einaudi Editore, 1990.
- COSTA, J. *A ética e o espelho da cultura*. Rio de Janeiro: Ed Rocco, 1994.
- DEFOE, D. *Robinson Crusoe*. Milano: Editora Feltrinelli, 1993.
- EISENBERG, L. *Mindlessness and Brainlessness in psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*, v. 148, p. 497-508, 1986.
- REMOTTI, F. *Contro l'identità*. Roma: Laterza, 1996.
- ROTELLI. *Riabilitare la riabilitazione*, 1993. Available from: <http://www.exclusion.net/images/pdf/47_lakip_riabilitare_it.pdf>

Recebido para publicação: 15/03/2011

Aceito para publicação: 20/04/2011