

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: NOVO CENÁRIO PARA NOVOS SUJEITOS DE DIREITOS

Cilene Telis de Oliveira

*Aluna do 8º período do Curso Serviço Social
Faculdade Novos Horizontes - Belo Horizonte/MG- Brasil*
cilenetelis@gmail.com

Juraci Alves Barbosa

*Aluna do 8º período do Curso Serviço Social
Faculdade Novos Horizontes - Belo Horizonte/MG- Brasil.*
Juraci.servicosocial@gmail.com

Clairna Andresa Farinelli

*Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade Novos Horizontes
Graduada em Serviço Social, Pós-Graduada em Gestão de Programas e Projetos Sociais
Mestre em Administração.
Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Novos Horizontes*
Clairna.andresa@unihorizontes.br

Nos últimos 20 anos, ocorreram mudanças significativas na maneira de lidar com o transtorno psíquico no Brasil. A partir de 2001, estabeleceu-se uma nova forma de tratamento, baseando-se na Lei da Reforma Psiquiátrica. Portanto, o artigo propõe averiguar os avanços da reforma psiquiátrica, bem como analisar a importância dos CAPS para a melhoria na qualidade do atendimento do doente mental enquanto sujeito de direitos. O estudo fundamentou-se em uma pesquisa bibliográfica e de campo realizada no SESAMES localizado na cidade de Sarzedo/MG. Ficou evidenciado que os avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil consistem realmente, em uma nova forma de direito e cuidado em saúde mental, o qual possibilita maior condição de cidadania aos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Cidadania

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, ocorreram mudanças significativas na maneira de lidar com pessoas com transtorno psíquico no Brasil. Poucas décadas atrás, o sistema central de acompanhamento desse tipo de clientela utilizava como forma de tratamento a internação em hospitais psiquiátricos. No entanto, este modelo de tratamento era muito criticado por grande parte dos atores envolvidos e, em função disso, houve modificações no sistema assistencial no que se refere à qualidade de internação direcionada ao tratamento psíquico.

A partir de 2001, estabeleceu-se uma nova forma de tratamento, baseando-se na Lei Federal 10.216/2001, que se refere à Reforma Psiquiátrica, a qual veio trazer um novo olhar para o sistema de tratamento clínico do transtorno mental no Brasil.

Dentre as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, destaca-se a criação de uma rede psicossocial, a qual oferece o tratamento em serviços de base comunitária aos pacientes com transtornos mentais. Na tentativa de cumprir tais exigências e, como política, o governo confere aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o dispositivo estratégico para estabelecer tais mudanças. Assim, embora a lei não mencione os CAPS, seu texto estabelece as diretrizes fundamentais que os organiza.

Dentro do cenário da Reforma Psiquiátrica, este dispositivo tem uma importância fundamental, visto que vem substituir os serviços ofertados pelos hospitais psiquiátricos, marcados pela segregação social como meio de tratamento. Contrapondo a este tipo de tratamento, o CAPS estabelece uma nova forma de atendimento ao paciente com transtornos mentais, tendo como principal objetivo retirá-los do enclausuramento e do isolamento, dando-os uma nova chance de reinserção na sociedade por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi averiguar os avanços da reforma psiquiátrica para o transtorno mental no Brasil, bem como, analisar a importância dos CAPS para a melhoria na qualidade do atendimento do doente mental enquanto sujeito de direitos. Para isso, foram delimitados os seguintes objetivos específicos: desvelar o processo da reforma psiquiátrica no Brasil; apontar os principais avanços e desafios da reforma psiquiátrica na atenção a saúde mental; compreender os reflexos da reforma psiquiátrica no cuidado do doente mental enquanto sujeitos de direitos; identificar quais são as novas práticas utilizadas no tratamento da saúde mental; verificar o trabalho desenvolvido no CAPS e sua relação com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica; analisar os trabalhos desenvolvidos no CAPS e sua contribuição para inserção social dos usuários; e verificar se o trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas serve como instrumento de reabilitação psicossocial.

A realização deste estudo tem relevância para a área acadêmica, por oferecer conhecimentos sobre uma temática que nos últimos anos vem ganhando bastante visibilidade. Para o contexto profissional sua importância dá-se ao fato de propiciar um contato direto com um espaço do mercado de trabalho do assistente social e outros afins,

que poderão contribuir para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Do ponto de vista social esse estudo traz conhecimentos que contribuiu para desmistificar o estigma da “loucura”, bem como adicionar elementos para compreensão dessa expressão da questão social.

Com o intuito de demonstrar como se constituiu o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, este artigo está estruturado em cinco eixos. O primeiro refere-se à introdução, o segundo traz um breve histórico sobre a loucura, sua concepção como doença mental e concomitantemente sua apropriação pelo saber médico. Este eixo também apresenta a trajetória do processo histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil desde o seu início na década de 1970, a Reforma na atualidade, seus avanços e desafios. Este também discorre sobre a atuação do CAPS que, enquanto principal serviço substitutivo, busca manter o paciente que sofre de transtorno mental no convívio familiar e comunitário, sobre a cidadania como um processo de ruptura e de encontros que propicia o conhecimento da construção de um novo serviço em saúde mental, bem como um breve relato sobre as Oficinas Terapêuticas que atuam como um dispositivo de empoderamento para novos sujeitos de direitos. O terceiro eixo retrata os métodos que foram utilizados no processo investigativo. O quarto eixo discorre sobre a análise de dados. O artigo é encerrado com as reflexões tidas como considerações finais e a lista de bibliografias consultadas.

DESENVOLVIMENTO

Antecedentes da Reforma Psiquiátrica: breve histórico sobre a loucura

O fenômeno conhecido como loucura tem um longo registro na história da humanidade. Sua aparição está presente nas diversas sociedades, inclusive nas sociedades identificadas como primitivas. Durante muitos anos, lhe foram atribuídas várias caracterizações como: castigo dos Deuses, experiências trágicas de vida, como possessão por demônios, poderes sobrenaturais. Dependendo da sociedade e do contexto onde este fenômeno se manifestava, ele era considerado como uma experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida (Bisneto, 2006).

Segundo Pereira (1982), na Grécia Antiga, de acordo com os conceitos religiosos, a loucura tinha o seu lugar inserido na sociedade, estes indivíduos com transtorno mental eram considerados emissários dos deuses, tidos como portadores de

poderes e que contribuiriam para o bem estar da sociedade. Sendo assim, estes indivíduos desfrutaram de liberdade no convívio social. Na idade Média, esse fenômeno sofreu bastante influência da Igreja Católica, assim como toda a sociedade, mesmo sem o estigma da loucura, eram consideradas pessoas com possessões demoníacas, as quais a igreja deveria controlar. Para Foucault (1978 p. 28) no início da Idade Média a loucura recebia uma explicação mística, a qual ele denomina de visão cósmica. No entanto, o autor salienta que, no final da Idade média é “atribuído um lugar a loucura na hierarquia dos vícios (...) a loucura, agora, conduz o coro alegre de todas as fraquezas humanas” passando a habitar no universo da moral.

No início da Idade Moderna, a civilização ocidental foi totalmente influenciada pela ascensão do pensamento racional. Foucault (1978) destaca que nesse período a loucura passou a ser considerada como uma falta de razão, um fenômeno negativo, fora da normalidade. Em meados do século XVII, destaca-se uma repentina mudança: o mundo da loucura passou a se tornar o mundo da exclusão. Foram criados em toda a Europa estabelecimentos para internação, os Hospitais Gerais. Entretanto, ainda segundo o autor, a internação não era apenas para os loucos, mas para todos os indivíduos que apresentavam comportamentos desviantes em relação à moral burguesa: mendigos, inválidos pobres, desempregados, portadores de doenças venéreas, libertinos etc. Este período ficou conhecido como a Grande Internação.

Com o advento da Idade Contemporânea, a loucura foi apropriada pelo discurso médico, ganhando um status de patologia mental. Em função disso, a internação adquiriu uma nova significação, tornando-se uma medida de caráter médico para tratamento. Do mesmo modo, a loucura também obteve uma nova concepção: tornou-se objeto do saber médico sendo concebida como “doença mental”. Neste período, a loucura já se associara ao estigma da periculosidade e os antigos estabelecimentos de internação passaram a abrigar somente os loucos (Foucault, 1975).

Para Schutel (2012) a concepção da loucura como doença mental teve início no final do século XVIII, quando o médico francês Philippe Pinel foi nomeado a médico chefe do Asilo de Bicêtre¹. Neste asilo os loucos e criminosos eram tratados sem distinção, isolados e acorrentados. Foi trabalhando neste contexto que segundo a autora, Pinel realizou uma verdadeira revolução na teoria vigente sobre a loucura, passando a classificar

¹Bicêtre é um hospital localizado ao sul de Paris, França. O Hospital construído em 1634 foi planejado como hospital militar. Foi utilizado como orfanato, prisão, asilo para doentes mentais e hospital.

e agrupar os transtornos mentais de acordo com os sinais e sintomas apresentados. Assim, foi possível separar os doentes mentais dos criminosos. Posteriormente, Pinel se dedicou a dar fim aos tratamentos brutais, substituindo-os por um tratamento cuja atitude era mais compreensiva, denominada por ele como “tratamento moral”. Segundo Birman (1978), citado por Schutel (2012, p. 17) “o tratamento moral era formulado como sendo um conjunto de medidas morais, que atuavam de modo direto sobre o espírito do alienado, primariamente sobre sua produção mental”.

Pinel, quando assumiu o Bicêtre, conseguiu libertar os doentes mentais das correntes. Entretanto, não os libertou dos asilos ou hospitais psiquiátricos, uma vez que estes continuaram isolados e trancafiados nos hospícios sob uma justificativa médica para tratamento. Ao contrário, Pinel, no desenvolvimento do seu trabalho, reforçou a necessidade de separação e reclusão dos loucos para tratamento (Schutel, 2012).

De acordo com Pereira (1982), no Brasil, em meados do Século XIX, foi concebida a assistência psiquiátrica pública. A sociedade desta época não se diferenciava da atual e definiam os indivíduos com transtorno mental como ameaça a segurança pública, sendo o recolhimento destes em hospitais e asilos a única forma de tratamento.

A partir do Século XX, granjearam-se outras formas e modelos de assistência aos indivíduos com transtorno mental, mediante as crescentes denúncias de violência sofridas pelos mesmos, o que acarreta na violação dos Direitos Humanos. A partir da década de 1970, emergiram-se movimentos visando à transformação da assistência psiquiátrica.

As Origens da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo que surge a partir da conjuntura de redemocratização do país, no final da década de 1970. Tinha como fundamentos uma crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental e, principalmente, uma crítica estrutural do saber das instituições psiquiátricas clássicas e do modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, considerados como redutos dos marginalizados. Segundo Amarante (1995a), a Reforma Psiquiátrica brasileira deve ser compreendida como um processo social complexo, que abrange e implica a transformação das quatro dimensões essenciais do âmbito da saúde mental, sendo elas: a dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico assistencial, jurídico-política e socio-cultural.

A dimensão teórico-conceitual referida pelo autor, diz respeito à desconstrução dos saberes centrados no modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, bem como a construção de um novo saber, um novo paradigma para o campo da saúde mental. A dimensão técnico-assistencial propõe a reorganização dos serviços em saúde mental, e a progressiva substituição do modelo tradicional hospitalocêntrico pelo tratamento em estabelecimentos extra-hospitalares no meio familiar e comunitário. A dimensão jurídico-política se refere à revisão das Leis e Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam as ações em saúde mental, a fiscalização dos direitos das pessoas com transtorno mental e a participação popular. Por fim, a dimensão socio-cultural que implica a desconstrução do estigma da loucura construído historicamente pela sociedade. Faz-se necessário uma reflexão sobre o lugar social da loucura e dos loucos como parte constitutiva da sociedade (Amarante 1995a).

Para Yasui (2006, p 96), a Reforma Psiquiátrica é um processo social amplo que propõe:

[...] uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de novo paradigma científico, ético e político. É nesta ruptura que entendo o conceito de Reforma Psiquiátrica e não apenas no sentido de uma mudança de *locus* e de técnicas de cuidado e gestão de serviços de saúde mental.

Nesta perspectiva, Schutel (2012) explica que Reforma a Psiquiátrica brasileira visa o fechamento gradual dos leitos dos hospitais psiquiátricos, os quais são vistos como uma forma de exclusão social. Consiste numa série de modificações nas políticas públicas de saúde mental do Brasil. Nesse sentido, a Reforma é contra toda forma de aprisionamento, cerceamento da cidadania, liberdade e exercício de direitos. Tendo como principais propostas: a implementação de serviços substitutivos e extra-hospitalares, um trabalho realizado por multiprofissionais que propicie o rompimento com a soberania médica psiquiátrica e a implementação de estabelecimentos de atenção psicossocial objetivando a integração das pessoas com transtornos mentais a comunidade.

Segundo Amarante (1995a), o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil se divide em três momentos. O primeiro é o início da reforma, conhecido como a trajetória alternativa em 1978. Teve como marco principal a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). A “Crise da DINSAM” foi deflagrada após vir a público as denúncias de três médicos bolsistas que trabalhavam em hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. Estas denúncias pautavam diversas irregularidades no sistema hospitalar como: falta de

recursos, condições precárias, situações de ameaças e violência contra funcionários e pacientes, agressões, estupros, maus-tratos, desaparecimentos e mortes não esclarecidas.

O segundo momento é o da trajetória sanitaria iniciada nos primeiros anos da década de 1980, onde uma parte considerável do movimento sanitaria e psiquiátrico começou a se incorporar ao aparelho do Estado. Tendo como resultado a “Cogestão Interministerial” entre o ministério da Saúde e da Assistência e Previdência Social (Amarante, 1995a).

O terceiro momento é o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Tema que foi discutido na 1ª Conferencia Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1987. O objetivo dessa discussão era elaborar estratégias para transformar o sistema de saúde mental, desinstitucionalizar/desconstruir e construir no interior das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico (Amarante, 1995a).

Para Amarante (1995b), o processo de desinstitucionalização é mais do que a simples desospitalização dos pacientes com transtornos mentais. Significa a desconstrução dos saberes técnicos centrados no conceito de doença, bem como, tratar o sujeito nas suas condições reais de vida, de forma que este possa se tornar um sujeito com autonomia, deixando de ser apenas um objeto do saber psiquiátrico. Dessa forma, o tratamento deixa de ser um espaço de violência, para se tornar um espaço de possibilidades concretas, de subjetividades e interação social.

A partir de 1987, surgem novos atores sociais no cenário das políticas de saúde mental, são associações de familiares, usuários e demais representantes da sociedade civil na luta do movimento antimanicomial. Esse clamor público veio a se consolidar no final desse mesmo ano, quando realizou-se o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na cidade de Bauru no Estado de São Paulo, cujo lema era “por uma sociedade sem manicômios”. Este congresso procurou discutir propostas assistenciais norteadoras com o intuito de propiciar o rompimento com a prática da segregação, da violência institucional e com o modelo hegemônico médico centrado no saber técnico. Amarante (1995a p.82) detalha a importância desse Congresso.

Enfim, a nova etapa, inaugurada na 1ª CNSM e consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos outros âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, essa trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional.

Cabe destacar, que dentre os avanços desde período está à criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Rocha Cerqueira (CAPS) em São Paulo, que serviu de exemplo para transformação de muitos serviços de saúde em todo o país. E a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1989 no litoral paulista que funcionava vinte e quatro horas por dia, sete dias na semana, ofertava atendimento à crise, urgência e emergência, hospitalidade noturna e ações de reabilitação social (Amarante, 1995a).

O ano de 1989, também apresentou avanços significativos no campo jurídico-político foi apresentado um Projeto de Lei 3.657/89 do então deputado Paulo Delgado. Tal projeto regulamentava “os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento” (Amarante, 1995a p. 84).

A década de 1990, marca a fase de “institucionalização” da reforma, mudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram realizadas para garantir a prática de novas formas terapêuticas. Entretanto, os avanços mais consistentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil aconteceram a partir do ano 2000, quando um aparato normativo veio subsidiar as ações na construção de novas estruturas para substituir os hospitais psiquiátricos. Dentre as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde destacam-se a 106 e 1.220 ambas de 2000, que estabelecem os serviços residenciais terapêuticos e a portaria 336/02 que instituiu a expansão dos CAPS. E após doze anos de tramitação no Congresso Nacional é sancionada a Lei 10.216/2001, mais conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica” que estabelece o fim dos manicômios, redireciona o modelo assistencial em saúde mental com a criação de serviços substitutivos na comunidade e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Pitta, 2011).

Reforma Psiquiátrica na Atualidade Avanços e Desafios

Embora a Reforma Psiquiátrica ainda esteja em seu processo de consolidação, pode-se considerar que ela vem alcançando seus objetivos, principalmente, no que se refere à criação de novos recursos extra-hospitalares e redução na internação asilar. Após a Reforma ter se consolidado como política do Sistema Único de Saúde (SUS) houve um significativo avanço na criação dos CAPS, controle e financiamento para o funcionamento de hospitais, os quais abriram vagas para pacientes psiquiátricos. Contudo, é preciso

salientar que a implementação dos CAPS no país não é linear, existem regiões que ainda não oferecem uma cobertura assistencial adequada como prevê o Ministério da Saúde (FONTE, 2011).

Pitta (2011) afirma a importância da Reforma Psiquiátrica na implementação de um novo sistema de cuidado mais humano, diferente do modelo tradicional do asilo confinante. Este novo tratamento permite que se trate o sujeito em sua existência, em sua vida real em contato com sua família e comunidade. Todavia, segundo Yasui (2006), mesmo a internação psiquiátrica esteja em declínio, essa medida ainda continua sendo a estratégia de tratamento de muitos profissionais e instituições.

Diante disso, ainda existem vários desafios a serem superados como a desconstrução do saber técnico do meio hospitalar para que este não seja transferido para os novos serviços substitutivos, a criação de políticas integradas entre as instâncias de governos estaduais e municipais para aumentar o seu grau de resolutividade. Outro desafio é quanto aos rumos que a radicalização do cuidado pode levar. O sujeito com transtornos mentais que antes era excluído da sociedade não pode amanhã se tornar em um objeto de políticas públicas (Pitta, 2011).

CAPS Como Serviço Substitutivo: um espaço para a cidadania

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil foi criado em São Paulo no ano de 1987. E desde então, este serviço tem sido indicado como a principal estratégia para consolidação da atenção psicossocial e substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Reafirmando essa ideia, Yasui (2006 p. 107) destaca que a assistência em saúde mental tem como principal instrumento a implementação dos CAPS, que é uma política nacional, sendo este compreendido como “uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental”. Dessa forma, o CAPS deve ser entendido como uma estratégia que possui infinitas formas de cuidado e que não se detém em apenas um local, correspondendo a um leque de possibilidades e alianças que abarca inúmeros serviços, vários atores e também cuidadores.

O mesmo autor defende que o CAPS pode ser pensado como uma junção de diversos projetos terapêuticos, que engloba o reconhecimento dos recursos bem como do território, da responsabilização, do acolhimento e de sua demanda. O Ministério da Saúde

traz diretrizes de normatização de ações de saúde mental para a população no âmbito do SUS onde a portaria 336/02 artigo 4º, define o CAPS como sendo o responsável por propagar uma rede de cuidados na área da saúde articulando novas formas de serviços em todas as modalidades CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPSIII, CAPSi II e CAPSad II).

Considerando as modalidades CAPS, a Portaria 336/02 especifica sua atuação como um serviço ambulatorial diário, sendo o CAPS I responsável pela atenção psicossocial em municípios que possuem de 20.000 a 70.000 habitantes, cujos profissionais são formados em nível superior e desenvolvem projetos terapêuticos sob a orientação de um gestor; CAPS II é responsável pelo cadastro dos pacientes que usam medicamentos específicos para a saúde mental; CAPS III serviço de atenção psicossocial para municípios que possuem até 200.000 habitantes; CAPSi II serviço psicossocial desenvolvido para atender crianças e adolescentes sendo referência para uma população de até 200.000 habitantes; CAPSad II responsável pelo atendimento de pacientes decorrentes do uso de substâncias psicoativas instalado em municípios de até 70.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Para Yasui (2006) o ato de cuidar direciona a humanização no tratamento a saúde mental, os profissionais dessa área são construtores de atos de cuidados que contribui para a formação de uma vida com mais dignidade para os usuários que sofrem de transtorno mental. Os atores envolvidos no ato de cuidar em saúde mental estão comprometidos com a dinâmica que divide o trabalho em responsabilidade e envolvimento com o outro que passa a ter a representação de sujeito e não mais de elemento de intervenção.

O cuidado em saúde significa que os envolvidos se preocupam e assumem um posicionamento de ocupação e de responsabilização com o sujeito, essa atitude representa uma total anulação epistemológica de suma importância que é o rompimento com racionalidade da medicina que prende e mecaniza conhecimentos e técnicas. De maneira que para Yasui (2006) o CAPS é utilizado como estratégia na construção de uma rede de cuidados e está diretamente associado ao tempo e ao lugar em que foi implantado.

As estratégias de intervenção aplicadas resultam na elaboração de projetos criados dentro dos parâmetros da diversidade. Estes são tecidos especificamente para a manutenção do cuidado e pelo respeito à vida com dignidade. A produção do cuidado através do encontro de subjetividade é uma visão de rompimento de práticas hegemônicas, é uma oportunidade de produzir afeto, encontros e mudanças. O cuidado deve ser praticado como uma produção de alegrias e de bem estar onde se deve potencializar a construção da

autonomia (Yasui, 2006).

Entretanto, é necessário evitar o assistencialismo, pois, o cuidado excessivo pode criar dependência por parte dos usuários, transformando-se em beneficência, gerando no sujeito a incapacidade de prover suas necessidades básicas. O cuidado deve se basear no sentido da solidariedade, consideração, admiração, na condição de que o outro pode aceitar ou não a assistência (Yasui, 2006).

Loucos por Cidadania Processo de Ruptura e de Encontros

A temática da cidadania perpassa por elementos como questões que envolvem política, liberdade, igualdade para os homens e a divisão de direitos e deveres, que na maioria das sociedades servem como método civilizador. A Cidadania possui um fundo histórico que está sempre em movimento, não pelo fato de ditar regras de quem é ou não cidadão, mas sim por classificar quem tem direito a exercer a cidadania através de sua participação política, social e cultural, conceitos esses que estão interligados socialmente (Nascimento, 2009).

Conforme Nascimento (2009), o processo de cidadania como um reflexo do processo de inclusão e exclusão social, remete-se ao fato de se ter ou não direito, já que a cidadania no fim do século XIX começou a ser discutida pela sociedade sobre o seu real significado, de forma que Musse (2006) concorda com o autor afirmando que a cidadania é uma formação histórica ligada diretamente na aquisição dos direitos. Sendo que o direito para se alcançar a cidadania é proveniente da “proteção jurídica das liberdades individuais, denominados direitos de primeira dimensão, tais como a vida, a liberdade de ir e vir, a propriedade e vem ao longo dos anos agregando aos direitos individuais novos direitos, tais como os sociais.” (Musse 2006, p. 223 e 224).

Para Nascimento (2009) o que realmente importa é a desconstrução de possíveis impasses forjados no contexto histórico da cidadania de maneira que a desconstrução se torne construção de um novo cenário para inclusões, acesso e direitos igualitários. No entanto, para os indivíduos que sofrem de transtorno mental a cidadania sempre se remeteu a inserção social de forma que Musse (2006) vem corroborar com Nascimento (2009) na medida em que afirma que a loucura possui um *status* diferenciado remetendo o louco a um total desprovemento dos direitos intrinsecamente ligados aos conceitos de cidadania.

Para Musse (2006) ser cidadão então é um conjunto de direitos e deveres correlacionados com o indivíduo, com a sociedade e com o próprio Estado, como previsto na Lei 10216/2001 e quando se refere ao direito como um “consentimento informado, cientificar formalmente a pessoa, familiares ou responsáveis sobre os seus direitos, ser tratado com dignidade e respeito dentre outros”, em primeira instância são estas as questões que envolvem a autonomia do portador de transtorno mental (Musse 2006, p.158).

Para construir a cidadania na saúde mental, de acordo com Musse (2006), todos os envolvidos devem atentar para a promoção do bem estar do paciente através da confiabilidade gerando a beneficência, evitando atitudes de não maleficência, não agindo com imprudência ou negligência, tendo a equidade como fonte de um tratamento mais igualitário, onde pressupõe-se que o indivíduo portador de transtorno mental possa ter um espaço de construção de liberdade, com dignidade sem sofrer nenhum dano ou violação de seus direitos.

Oficinas Terapêuticas: empoderamento para novos sujeitos de direitos

As oficinas terapêuticas formam um novo princípio de atendimento em saúde mental, que para Domingues (2009) representam claramente a progressão da luta antimanicomial, sendo que as atividades nelas desenvolvidas são frutos dos princípios da reforma psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização que visa dissipar a ideia de que o louco deve ser excluído ou submetido a processos disciplinares.

Para Guerra (2004) as oficinas constituem a possibilidade de uma clínica expandida onde o cuidado do louco é efetivado através do respeito, do convívio e de sua permanência livre na sociedade, as ideias da autora vão ao encontro das assertivas de Campos (2005) onde afirma que as práticas das oficinas terapêuticas devem ser através de sua reiteração social.

Para Ribeiro (2004) as oficinas são dispositivos catalizadores do desenvolvimento psíquico dos usuários, manifestando-se de forma positiva no relacionamento com o outro, como um dispositivo catalizador de novos sentidos através da convivência própria, que beneficia a saúde mental já que possibilita a transformação e a autonomia do sujeito, propiciando uma melhor participação dos mesmos em suas famílias, na comunidade, na sociedade e na cultura onde o usuário está inserido, contribuindo

também para sua inclusão ou reinserção no mercado produtivo.

Colaborando com as ideias acima, Guerra (2004) ressalta que as práticas desenvolvidas nas oficinas terapêuticas permitem ao sujeito a construção de laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de carinho com os outros. A autora afirma que o novo trabalho desenvolvido pelos profissionais na rede de atenção a saúde mental remete-se a oitiva e ao respeito ao louco e a criação de novos dispositivos na estratégia de atuação profissional.

Para Domingues (2009), o cuidado em saúde mental mediante as atividades das oficinas terapêuticas possibilita a reabilitação do paciente e conduz o tratamento através da construção da subjetividade de um modo contínuo que remete ao usuário um sentimento de confiança no mundo que o cerca.

METODOLOGIA

O procedimento adotado neste estudo baseou-se na pesquisa bibliográfica e de campo, de caráter descritivo e abordagem quanti-qualitativa. O estudo empírico foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na cidade de Sarzedo em Minas Gerais, cujos sujeitos pesquisados foram os profissionais que trabalham junto aos pacientes na Oficina Terapêutica do Serviço de Saúde Mental de Sarzedo (SESAMES) nome fantasia do CAPS, sendo eles dois Psicólogos e uma Terapeuta Ocupacional. Também o trabalho de campo contemplou quatro familiares de usuários e três usuários participantes regulares da oficina terapêuticas do CAPS.

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a observação, a entrevista e o formulário estruturado com apoio do gravador para registro das informações. Como técnica de análise dos dados utilizou-se para as informações quantitativas, os métodos de tabulação simples e para as informações qualitativas, utilizou-se os métodos de categorização, seleção de dados e, então, deu-se a interpretação dos resultados.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serviço de Saúde Mental de Sarzedo (SESAMES)

O Serviço de Saúde Mental de Sarzedo (SESAMES) está localizado no

município de Sarzedo no Estado de Minas Gerais. O SESAMES corresponde ao CAPS I cuja atuação é fomentada pelo trabalho em rede com os demais setores da área da saúde do município. Foi criado em janeiro de 1999, e conta hoje com uma equipe composta de um Coordenador (Psicólogo), dois Psiquiatras, três Psicólogas, duas Auxiliares de Serviços Administrativos, uma Terapeuta Ocupacional, dois Vigias e uma Auxiliar de Serviços Gerais.

O SESAMES oportunizou o aprimoramento do atendimento psicossocial no município desenvolvendo atividades de ambulatório individual, terapias em grupo e visita domiciliar, através do trabalho em equipe interdisciplinar (equipe interna, equipes da ESF, UPA e Policlínica) e de eventos culturais que viabilizam a reinserção social.

Conforme dados coletados em campo, identificou-se que o SESAMES vem proporcionando formas alternativas de tratamento através de oficinas terapêuticas, que se utilizam da cultura, da expressão corporal da dança de forró e também do artesanato através de oficina de fios, pintura, tapeçaria e confecção de flores, como forma de inserção social de forma descentralizada e diversificada, atendendo de forma comunitária os seus usuários. Essa metodologia de atendimento corrobora com o referencial teórico apresentado, o qual mencionou que após a Reforma Psiquiátrica foram elaboradas novas formas de intervenção no tratamento de usuários portadores de transtornos mentais.

Inovações na Prática do Cuidado em Saúde Mental

Domingues (2009) e Guerra (2004) retratam que as novas práticas perpassam pelas atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas, as quais visam o cuidado das pessoas com doença mental através do respeito, do convívio e de sua permanência livre na sociedade. O atendimento extra-hospitalar no cuidado do transtorno mental, fica evidenciado nas linhas subsequentes através da entrevista 1 Coordenador e Psicólogo do SESAMES e da entrevista 2 Terapeuta Ocupacional ;

[...] é importante ressaltar que as oficinas terapêuticas já existiam antes da reforma psiquiátrica, contudo estas não visavam o empoderamento e nem a autonomia do sujeito (COORD./SESAMES, ENTREVISTA 1)².

²Roberto Eustáquio Righi Junior. Coordenador do SESAMES. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Educação pela Universidade do Estado de Minas Gerais. Mestre pela Universidade de Edimburgo, com o mestrado revalidado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

[...] por meio das oficinas os usuários começam a construir novos caminhos [...] eles começam a ser vistos de outra forma, em termos de autoestima, de senso de capacidade que o produto muitas vezes permite [...] o próprio passar pelo espaço terapêutico e ser recebido pela comunidade de outra maneira como alguém produtivo, antes improdutivo. (TO/ SESAMES, ENTREVISTA 2)³.

[...] sendo que o espaço do SESAMES é um dispositivo dentro de um “projeto terapêutico individual” ampliado dentro do CAPS. Juntamente e organicamente com consultas psiquiátricas, psicológicas, passeios etc. (COORD./SESAMES, ENTREVISTA 1)

Percebe-se que as atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas proporcionam aos usuários que sofrem de transtornos mentais a interação com outros pacientes, o convívio com outras pessoas e o desenvolvimento de suas capacidades.

O atendimento no SESAMES é para usuários maiores de 18 anos, que possuem transtorno mental moderado ou grave não estáveis (psicoses e neuroses) o que possibilita a amenizar o nível de taxa de internação em hospitais psiquiátricos. O atendimento é de segunda as sextas feiras no período de 08:00 as 18:00 horas, através de consultas com a psiquiatria e a psicologia, e atividades em grupos nas oficinas terapêuticas que tem em média de 18 pacientes por oficina.

Schutel (2012), explica que a Reforma Psiquiátrica visa a implementação de estabelecimentos de atenção psicossocial objetivando a integração das pessoas com transtornos mentais a família e a comunidade. De acordo com falas abaixo:

[...] o CAPS veio contemplar na verdade um novo formato de pensamento político e social [...] agora a proposta não é mais para dentro, não é mais asilar, não é adoentar, pelo contrário é trazer de volta à família a comunidade [...] o lugar do paciente é junto da família, da comunidade [...] desde que trabalhe a sua autonomia [...] então o CAPS tem a proposta de reinserção desses usuários no convívio social e familiar (TO/ SESAMES, ENTREVISTA 2).

[...] Lembrando que a técnica de OT tem que se compatibilizar com teorias que possibilitem a ideia de liberdade e convivência na comunidade ampliada (COORD./SESAMES, ENTREVISTA 1).

Em concordância:

[...] CAPS é um serviço substitutivo, e ele é muito interessante porque ele preserva justamente isso a questão da cidadania do usuário, do portador de sofrimento mental (PSIC/SESAMES, ENTREVISTA 3)⁴.

[...] e podem ser estratégia de aparecimentos de questões importantes que pelo

³ Keila Márcia da Silva Santos. Terapeuta Ocupacional do SESAMES. Graduada em Terapia Ocupacional – Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴Joice Cristina Matos. Graduada em Psicologia – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Gestão de Pessoas.

tempo não podem ser trabalhadas em consultórios (COORD./SESAMES, ENTREVISTA 1).

As falas da entrevista 1 reafirmam as ideias do autor Yasui (2006) que explica que o CAPS é o serviço que tem sido indicado como principal estratégia para o cuidado na atenção psicossocial. De forma que ficou constatado em campo que o SESAMES desenvolve suas atividades mediante as diretrizes do CAPS I, e vem articulando inúmeras formas de cuidado em saúde mental.

De acordo com Ribeiro (2004) o trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas propicia o desenvolvimento psíquico dos usuários, possibilitando a transformação e a autonomia do sujeito, corroborando com Ribeiro (2004) a entrevista 3 relata sobre as oficinas terapêuticas e posteriormente a entrevista 1 discorre também sobre o assunto.

[...] são utilizadas para empoderar os pacientes [...] você vê os pacientes tendo uma melhora considerável aparente. Por que na oficina eles fazem dois tipos de trabalho, o desenvolvimento da atividade em si e a terapia de grupo, que dependendo do paciente tem mais repercussão do que se ele estivesse no consultório [...] no grupo são falas de muitos, e não algo pessoal [...] distraídos eles falam mais e isso ajuda no tratamento. A oficina terapêutica é uma intervenção concreta, por que através da atividade que o paciente desenvolve tanto o profissional quanto o paciente pode analisar os limites, possibilidades e potencialidades das ações (PSIC/SESAMES, ENTREVISTA 3).

[...] É de suma importância lembrar que empoderamento anda junto com maior responsabilização e autonomia dos usuários COORD. /SESAMES, ENTREVISTA 1).

As falas que se seguem são de usuários portadores de transtorno mental que participam das oficinas de forró e de artesanato. Mediante os resultados dos dados coletados foi possível constatar que a dança lhes proporciona uma sensação de liberdade, bem como o artesanato devolve a autonomia e o bem estar. As oficinas são a oportunidade de entretenimento, comunicação e expressão. De maneira que:

[...] pra mim é muito importante estar aqui [...] no começo estava com uma forte depressão, acreditava que os meus problemas não teriam fim [...] aqui tenho momentos felizes e tento aproveitar o máximo que puder [...] gosto do forró, basta ouvir o forró que começo a dançar (USUÁRIO 1 /SESAMES, ENTREVISTA 4).

A inconstância emocional perturba as relações afetivas e familiares, ocasionando ao portador de transtorno mental a perda do padrão de regras impostos pela sociedade e o resultado são conflitos familiares. Diante das novas formas de tratamento, as oficinas terapêuticas de dança trazem inovações na interlocução social, através da dança o

usuário sente tranquilidade e liberdade, sendo que antes da oficina estes assumiam uma postura retraída e isolada.

[...] aqui fico mais calmo, em casa me sinto agitado [...] eu gosto da musica, sei que tenho problemas, aqui tem outros com problemas, aí me conformo [...] sabe acho que ficar doente incomoda (USUÁRIO2 /SESAMES, ENTREVISTA 5).

Venho pra cá, tem dias que desenho ou faço bordado igual a esse aqui com linha [...] sonho toda noite, essa noite eles subiram na telha sabe, homens e mulheres bebendo, fumando, tinha musica, eu tava na laje só olhando [...] acordo assustado, antes ficava nervoso uma neura [...] agora tomo remédio de dia e de noite [...] toda noite é só deitar e tenho pesadelo agora sei que é sonho (USUÁRIO 3 /SESAMES, ENTREVISTA 6).

A família do usuário que sofre de transtorno mental em sua grande maioria apresentou ter a doença como um fator emocional que traz mudanças nos valores e no sentido de viver e ver a vida, a doença traz instabilidade emocional e fragiliza as relações. O SESAMES tem em sua proposta de atuação, o trabalho com grupos de familiares dos usuários, buscando dar suporte as relações intrafamiliares. Contudo, foi possível perceber em campo que a presença das famílias dos usuários se manifesta de forma incipiente e quando presentes não compreendem ou não aceitam o transtorno mental como ficou evidenciado nas falas abaixo:

[...] nós gostaríamos mesmo que tivesse como deixar ele internado, pra ele era bem melhor [...] veja outro dia mesmo sofreu um acidente, por isso seria bom deixar internado pro bem dele assim ele ficava mais quieto [...] ele não pode morar com a gente, ele mora sozinho, temos crianças em casa, meninas de 2 e 10 anos, imagina colocar ele no nosso apartamento [...] amamos ele demais (FAMILIAR 4 /SESAMES, ENTREVISTA 7).

[...] tem momentos em que conviver ficou difícil, minha mãe tem dia que fica impossível, o SESAMES é bom pra ela, tem artesanato, tem dança [...] já chamei ela de louca varias vezes [...] ela já tomou vários remédios pra morrer, fez tanta loucura [...] já falei que o melhor pra ela é fica com os loucos [...] mas na hora da raiva é assim mesmo, né? (FAMILIAR 5 /SESAMES, ENTREVISTA 8).

A busca para ter direitos torna-se uma tarefa árdua, é importante se ter o cuidado de não infantilizar o usuário ou ressaltar que ele é incapaz, essa situação também ocorre com as famílias participativas que acompanham a evolução do tratamento, como evidenciado nas entrevistas 9 e 10.

[...] ela tem 34 anos, tentamos fazer de tudo para ela ter uma vida normal, ela vai na padaria sozinha, quando tem vontade até cozinha [...] quando não tem oficina, nossa, ela fica nervosa, briga, tem vezes que até chora [...] ela melhorou muito depois da oficina [...] superprotegemos ela, as vezes infantilizamos, eu sei que isso é errado (FAMILIAR DO USUÁRIO 6 SESAMES, ENTREVISTA 9).

Quero o melhor pro meu pai [...] cuido dele [...] em casa ele não faz nada, coitado, ele não dá conta e o melhor deixar ele quietinho, também ele não tem mais idade [...] ele vai na oficina, mas prefiro ele em casa comigo [...] a vida dele é ótima (FAMILIAR DO USUÁRIO 7/SESAMES, ENTREVISTA 10).

A cidadania é a busca direta pela aquisição de se ter direitos, de forma que em campo foi possível evidenciar que o SESAMES vem atuando como catalizador da autonomia dos usuários que sofrem de transtorno mental possibilitando a eles o empoderamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos com transtornos mentais ao longo da história da humanidade sempre foram alvos de discriminação e exclusão social, viviam em situações de abandono, humilhações e isolamento. Muitos eram retirados do convívio da sociedade e internados em manicômios passando a viver em condições subumanas. O que levavam os mesmos a margem da sociedade.

A partir da promulgação da Lei 10.216/2001 mais conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, foi instituída uma nova forma de assistência em saúde mental visando à reintegração familiar e comunitária. Tal Reforma representou um avanço no cuidado em saúde mental, propondo uma nova forma de atendimento em atenção psicossocial, utilizando como principal fonte de estratégia o CAPS, sendo este um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, o qual possui inúmeras possibilidades de cuidado por meio de projetos de cunho terapêutico.

O SESAMES corresponde ao CAPS I, e vem atuando de forma harmônica como recomendado na Lei 10.216, atendendo de forma comunitária os seus usuários, desenvolvendo um serviço em saúde mental de forma descentralizada e diversificada, proporcionando formas alternativas de tratamento através de oficinas terapêuticas, que se utilizam da cultura através da dança de forró e do artesanato como forma de inserção social.

A pesquisa realizada no SESAMES verificou-se que os usuários que possuem transtorno mental recebem do CAPS um tratamento humanizado envolvendo profissionais da área da saúde, cuidadores e outros atores. Contudo, observou-se que grande parte dos familiares se apresentam de forma incipiente no cuidado do paciente que possui transtorno mental, visto que, muitas famílias tem dificuldades de reconhecer e aceitar a doença, o que acarreta a instabilidade emocional no convívio familiar.

Observou-se também que as oficinas terapêuticas desenvolvidas pelo Sesames

têm como objetivo o empoderamento do sujeito, o resgate de sua autonomia e a possibilidade de exercer seus direitos civis. Constatou-se que após o ingresso destes usuários nas oficinas terapêuticas de dança de forró e artesanato, os mesmos passam a assumir uma postura ativa, uma vez que as oficinas terapêuticas funcionam como catalisadores da construção e percepção dos usuários enquanto indivíduos.

Dessa forma, ficou evidenciado que avanços da Reforma Psiquiátrica para o doente mental no Brasil consistem realmente em uma nova forma de cuidado em saúde mental, o qual possibilita o resgate dos vínculos familiares e sociais. Nesse contexto o CAPS se traduz como um serviço fundamental o qual abre um leque de possibilidades para concretude desse resgate de cidadania, forjando um novo cenário para novos sujeitos de direitos.

PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL: NEW SCENARIO FOR NEW RIGHTS SUBJECT

ABSTRACT Over the past 20 years, there have been significant changes in the manner of dealing with mental disorders in Brazil. Since 2001, it has been established a new form of treatment, based on the Law of the Psychiatric Reform. Therefore, this article proposes to ascertain the progress of the psychiatric reform, and to evaluate the importance of CAPS to improve the quality of care of the mentally ill as a subject of rights. The study was based on a literature and field research conducted in SESAMES located in the city Sarzedo/MG. It was evident that advances in psychiatric reform in Brazil actually consists of new rights in mental health care, which enables higher condition of citizenship to the subjects involved.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform .citizenship

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (org) (1995a). *Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (1995b). *Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11 (3):Jul/Set.491-494.

Bisneto, J. A.(2006). *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. 3. ed. São Paulo: Cortez.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de

Ações Paragramáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.86p.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em: 26 set. 2014.

Campos, F. N. (2005). *Contribuições das Oficinas Terapêuticas de Teatro na Reabilitação Psicossocial de Usuários de um CAPS de Uberlândia-MG*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. MG. Brasil.

Domingues, M. A.(2009). *A Psicanálise e a Arte: A construção de ofícios Terapêuticos em Saúde Mental*. Uberlândia. Disponível em<http://www.btdt.ufu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2602>. Acesso em 06. Set. 2014.

Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro

Foucault, M. (1978). *História da loucura* (J. Coelho, Trad.). São Paulo: Perspectiva.

Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde menta: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In:C.M. Costa & A. C.Figueirido (org.) *Oficinas Terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*.Rio de Janeiro. Contra Capa livraria

Musse, L. B. (2006). *Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil na perspectiva do Biodireito*. São Paulo. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp011773.pdf>>. Acesso em 01 Set. 2014.

Nascimento, R. C. do (2009). *Loucura e Cidadania: Avanços e Impasses da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro. Disponível em:<<http://www.posgraduacao.o.iesc.ufrj.br/media/tese/1368465279.pdf>>. Acesso em: 01.Set.2014

Pereira, J. F. (1982). *O que é loucura*. 10. Ed. São Paulo: Brasiliense.

Pitta, A. M. F. (2011) Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 22. Jul. 2014.

Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C.Figueirido (orgs). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro, p.105-116.

Schutel, T. A. A. (2012). *Serviço Social e Saúde Mental: análise de artigos apresentados nos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social*. 2012. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina- Centro Sócio Econômico- Departamento de Serviço Social. Florianópolis.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro.