

# A DIGNIDADE HUMANA EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO NORDESTE BRASILEIRO

*The human dignity in psychosocial care Centers in the Northeast of Brazil*

Milena Rocha Nadier Barbosa (UCSal/UNIFACS)

Ana Maria Fernandes Pitta (UCSal)

## Informações do artigo

Recebido em 17/06/2018

Aceito em 24/06/2018

doi: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p69-82>



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Como ser citado (modelo ABNT)

BARBOSA, Milena Rocha Nadier; PITTA, Ana Maria Fernandes. A dignidade humana em Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246,

jan./abr., p. 69-82, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p69-82>

## Resumo

Este ensaio tem por objetivo discutir as limitações morais (KANT, 1980, 1997, 2003) para efetivação dos princípios da política de saúde mental. Para tanto, foram estudados dados obtidos com o projeto Avaliar CAPS Nordeste, uma ação em parceria interinstitucional entre a Universidade Federal da Bahia - UFBA e a Universidade Católica do Salvador – UCSAL, cujos objetivos eram mapear a cobertura assistencial e avaliar a situação de CAPS do nordeste do Brasil em relação ao respeito aos direitos humanos de usuários, familiares e profissionais no cotidiano desses Centros de Atenção Psicossocial. Os dados utilizados nesse trabalho referem-se às reclamações de usuários e familiares nesses serviços. Tais dados foram analisados mediante a uma breve revisão de literatura sobre a concepção política dos direitos humanos e a moral que a fundamenta. A análise termina por revelar que são entraves de ordem moral e não necessariamente os políticos ou de ordem prática que impedem a garantia dos direitos humanos nessas instituições.

**Palavras-chave:** Dignidade humana. Moral. Política. CAPS.

## Abstract

This essay purpose is to discuss the moral limitations (KANT, 1980, 1997, 2003) towards the effectiveness of the principals on mental health politics. To achieve that, we studied data from Avaliar CAPS Nordeste, an initiative based upon an interinstitutional partnership between the Federal University of Bahia, UFBA, and the Catholic University of Salvador, UCSAL. The objectives were mapping of care coverage and evaluate the CAPS context in northeastern Brazil regarding respect for the human rights of users, family and professionals in the daily life of the Psychosocial Care Centers in that region. The data examined at this paper referrers to users' and their families complains regarding those services. This data has been analyzed trough a breath literature review about the political concept of human rights e the moral that fundamentals it. The analysis revealed that, it is the moral limitations and not, necessarily the political or the practical ones that holds back the guaranty of human rights at those institutions.

**Keywords:** Human dignity. Moral. Politics. CAPS.

## O direito de ter direitos

A inclinação à busca por fundamentação e justificação de princípios absolutos é algo que nasce com a própria filosofia. No campo da ética, esse intento se faz exato na Fundamentação da metafísica dos costumes de Immanuel Kant (1980).

Naquele texto, o filósofo suprime as diferenças sociais, culturais, territoriais e quaisquer outras, para pôr em relevo a noção de dignidade à própria humanidade. Assim, ele termina por estabelecer a universalidade dos direitos a todos os membros da espécie humana. Para o filósofo,

todo ser humano tem um direito legítimo ao respeito de seus semelhantes e está, por sua vez, obrigado a respeitar todos os demais. A humanidade ela mesma é uma dignidade, pois um ser humano não pode ser usado meramente como um meio por qualquer ser humano (quer por outro quer, inclusive, por si mesmo), mas deve sempre ser usado ao mesmo tempo como um fim. É precisamente nisso que a sua dignidade (personalidade) consiste. [E,] exatamente porque ele não pode ceder a si mesmo por preço algum (o que entraria em conflito com seu dever de auto-estima), tão pouco pode agir em oposição à igualmente necessária auto-estima dos outros, como seres humanos, isto é, ele se encontra na obrigação de reconhecer, de um modo prático, a dignidade da humanidade em todo outro ser humano. (KANT, 1980, p. 306).

Esse princípio kantiano de respeito pode ser verificado nas atuais doutrinas de direitos humanos. Vê-se, na proposição kantiana da noção de dignidade, algo inerente à humanidade e, portanto, a base para a universalização dos direitos humanos. Ocorre que, como coloca Arendt,

[...] a humanidade, que para o século XVIII, na terminologia kantiana, não passava de uma ideia reguladora, tornou-se hoje de fato inelutável. Esta nova situação, na qual a humanidade assumiu antes um papel atribuído à natureza, ou à história significaria nesse contexto que o direito a ter direito, ou o direito de cada indivíduo pertencer a humanidade deveria ser garantido pela própria humanidade (ARENDDT, 2007, p.332)

Essa nova situação, a que se refere a cientista política, diz respeito ao cenário estabelecido no século XX. Em particular, aos primeiros cinquenta anos, que foram marcados por duas grandes guerras e genocídios. Mas, não somente por isso.

O século XX foi tempo de significativos avanços científicos, nos quais a manipulação da vida e da morte humana parecia pedir normas mais universais. Normas que fossem capazes de transpor as barreiras nacionais. Naquele século, assistiu-se à criação de armas de

destruição em massa (químicas e atômicas), bem como ao desvelamento do corpo através dos avanços cirúrgicos e de imagens, até o ponto do prolongamento e a manipulação da origem da vida.

O ideal kantiano que sustentava a noção de dignidade humana precisava, então, ser estendido do campo da razão pura (KANT, 1997) ao campo da razão prática (KANT, 2003). Ou, tomando o imperativo de outra maneira, seria necessário fazer da formulação ontológica dos direitos humanos uma política. Dizemos,

ontológica no sentido que o pertencimento à humanidade garante ao indivíduo a possibilidade de carregar consigo o direito a ter direito. Política, na perspectiva de que o direito a ter direitos exigiria uma tutela internacional homologada na perspectiva da humanidade. (BRITO, 2013, p.191)

O início de um compromisso político com a garantia dos direitos humanos é realizado com a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e a posterior aprovação em Assembleia Geral da “Declaração dos Direitos Humanos” em 1948.

É, também, em 1948, que é criada, de maneira subordinada à ONU, a Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem por objetivo “the attainment by all peoples of the highest possible level of health” (WHO, 2009, p.2), compreendendo o conceito de saúde como aquele referido ao estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.

Assim, a OMS é estabelecida como uma tentativa da instituição da tutela internacional sobre a saúde para a garantia dos direitos humanos nesse campo. A Organização tem por missão promover a cooperação técnica internacional em ações de promoção da saúde que salvaguardem os direitos humanos. Atua, de maneira política, especialmente, no estabelecimento de agendas, diretrizes, programas e instrumentos de apoio técnico aos diversos países membros. Ferramentas que auxiliam tais nações no monitoramento e na avaliação das políticas, programas e práticas desenvolvidos localmente no campo da saúde.

## O Quality Rights

A ação “tutelar” da OMS tem um marco importante em 2012, ano em que diversos países e organizações discutiram e pactuaram o Quality Rights ou Direito é Qualidade, conforme tradução do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2015a).

O projeto, resultado dos esforços de um grupo de trabalho internacional, tem por objetivo a proposição de ações universais com vistas a ampliar a qualidade e as condições de respeito aos direitos humanos em instituições de saúde mental e psiquiátricas das mais diversas: desde serviços ambulatoriais até os de internação.

A primeira iniciativa do projeto Quality Rights consistiu na formatação e divulgação de um “kit de ferramentas” para apoiar os Estados na avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços nacionais, regionais e locais de saúde mental e de assistência social.

Todos os instrumentos desse projeto encontram-se fundamentados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD (UN, 2017), que constitui a base para o respeito aos direitos humanos em serviços que atendem essa parcela da população. Em especial, cinco temas, extraídos deste documento, funcionaram como diretrizes para o desenho do kit de ferramentas Quality Rights (BRASIL, 2015a):

- a) O direito a um padrão de vida e proteção social adequado, previsto no artigo 28 da CDPD.
- b) O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental, disposto no artigo 25 da CDPD.
- c) O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa, dimensionado nos artigos 12 e 14 da CDPD.
- d) A prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso, expostos nos artigos 15 e 16 da CDPD.
- e) O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade, descrito no artigo 19 da CDPD.

Assim, tomando por base o cumprimento ou não desses princípios da CDPD, o kit de ferramentas em questão se estabelece como uma direção universalista para a avaliação das ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental por todo o mundo.

A prioridade concedida pelo projeto à ação de avaliação é justificada pela própria OMS (BRASIL, 2015a) através do seguinte argumento: a necessidade de um diagnóstico global das práticas nesse campo. Para seus idealizadores, a avaliação criteriosa destes resultados poderia embasar políticas futuras globais e nacionais, bem como alterações no planejamento e mudanças nas legislações locais para o respeito e a promoção dos direitos humanos.

A questão é que a justificativa proposta pela Organização revela, sobretudo, as limitações do poder de tutela dessa instituição. O que a OMS (BRASIL, 2015a) deixa transparecer ali é o fato, já conhecido, de que, apesar de os indivíduos deterem

[...] a titularidade dos seus direitos, o seu reconhecimento no plano internacional se subordina à soberania dos países, verdadeiros titulares no direito público internacional e assim considerado pelo sistema de tutela das Nações Unidas. [...] Desse modo, as decisões internacionais, [...] de fato, significam mais um ideal comum a ser alcançado, sem a força política necessária a se sobrepor à soberania de cada Estado. (BRITO, 2013, p.195)

Trata-se, aqui, dos limites institucionais que, de alguma forma, obstruem a possibilidade da garantia e do exercício pleno dos direitos da humanidade. Entretanto, há ainda outros entraves. Afinal, para além dos limites dados pela soberania das nações, há, também, aqueles relativos às singularidades históricas, sociais, culturais, ambientais e econômicas, que tonalizam em variadas cores cada contexto local como único.

Em todo caso, o que parece é que, dados os limites concretos dos acordos internacionais, qualquer possibilidade de ação na direção do ideal pactuado sempre dependerá da decisão política local. No Brasil, uma iniciativa que pretendeu fazer-se conciliatória entre a proposição ideal/universal do Quality Rights e a dimensão regional aplicada à realidade local e nacional é o projeto Avaliar CAPS - Nordeste.

### **O avaliar CAPS Nordeste**

O Brasil, como qualquer outro país, apresenta particularidades nacionais consideráveis no que tange à construção e aplicação da política no campo da saúde mental. E, é fato que, nos últimos anos, o quadro político nesse campo tem sido significativamente

alterado desde a sanção da lei federal 10.216 de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p.1).

O texto da lei em questão baseou o que, posteriormente, se pôs em ato através de uma série de decretos também federais: a redução de leitos psiquiátricos e a simultânea implantação de serviços substitutivos aos hospitais especializados, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Descritos como centros para serviço de atenção diária, os CAPS foram idealizados para operar de acordo com a lógica do território e de maneira alinhada à proteção e aos direitos das “pessoas portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2002, p.1).

Tais Centros, criados em 1987, foram formalmente estabelecidos como política de Estado, com a portaria ministerial nº 224/1992 (BRASIL, 1994), complementada pela portaria nº 336/2002, “[...] nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional” (BRASIL, 2002, p.1). Há, ainda, a segmentação dos Centros em duas modalidades para além da do CAPS geral. Essa especificação se dá de acordo com diferenças na população atendida, o que ocorre nos casos dos CAPSi, destinados ao atendimento a crianças e adolescentes, e dos CAPSad, para atendimento de “pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2002, p.2).

Em 2011, uma nova portaria (BRASIL, 2011) estabeleceu, então, o funcionamento destes Centros de Atenção Psicossocial associados a uma rede integrada. A RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, tem por finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011, p.1).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015b), desde 2005 o nordeste brasileiro é a segunda região do país com maior índice de cobertura para os serviços oferecidos pelos CAPS. Entretanto, o valor quantitativo atribuído a esse dado pouco, ou nada, revela sobre a qualidade dos serviços oferecidos nessa região.

Precisamente por isso, em 2011, começaram a ser traçadas as primeiras diretrizes do projeto Avaliar CAPS Nordeste. Tratava-se de uma ação em parceria interinstitucional entre a Universidade Federal da Bahia - UFBA e a Universidade Católica do Salvador - UCSAL. O objetivo, além do mapeamento da cobertura assistencial, era avaliar a situação de CAPS do nordeste do Brasil em relação ao respeito aos direitos humanos de usuários, familiares e profissionais no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial naquela região.

O lançamento do Quality Rights pela OMS em 2012 terminou encontrando, influenciando e consolidando a construção da metodologia utilizada na investigação. Fato esse que pode ser verificado no cuidado com a construção de um instrumento local de maneira implicada com as diretrizes universais promovidas através daquela iniciativa da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2015a).

A redação final do projeto determinou sua execução em cinco dos nove estados da região Nordeste: Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, bem como a divisão da pesquisa em duas fases distintas.

Na primeira, buscou-se realizar um censo epidemiológico dos CAPS existentes na região, suas características estruturais, processos e resultados. Nesta ocasião, os dados foram coletados de maneira virtual através de um questionário digital.

Na segunda fase, foram realizadas observações diretas guiadas por roteiro semiestruturado de uma amostra de cinco CAPS em cada região metropolitana nos estados participantes, ou seja, 25 Centros no total.

Além disto, esta etapa da investigação incluiu a aplicação de questionário etno-epidemiológico, respondido por 05 usuários, 05 familiares e 05 profissionais em cada CAPS. Assim, a amostra compreendia 75 entrevistados em cada estado participante, totalizando 375 entrevistas em todo o projeto. Nestes questionários, indagou-se especificamente sobre garantia de direitos e o exercício ativo da cidadania nesses serviços.

Os dados obtidos ao longo da pesquisa foram tabulados e sumarizados em um relatório (PITTA, 2014). Entretanto, o que nos interessa, especificamente, neste texto, é discutir a questão do exercício dos direitos humanos a partir da análise comparativa dos dados relativos às reivindicações/solicitações, de usuários e familiares, realizadas e atendidas nos Centros pesquisados.

Durante a pesquisa, tanto os questionários aplicados aos usuários, quanto aqueles destinados aos seus familiares continham questões idênticas sobre reclamações feitas e seu encaminhamento pelo Centro. Perguntava-se:

- a) Você já fez reivindicações/solicitações para o CAPS?
- b) Se sim, houve alguma resposta?

Entendemos que o número de reclamações realizadas pode ser compreendido como um dado de caráter relativo sobre o respeito ou não aos direitos humanos. Todavia, seu pareamento ao atendimento ou não das reclamações poderia dizer, de maneira mais efetiva, do respeito ao outro naqueles Centros. Mais que isso, uma vez que há a possibilidade de uma análise comparativa entre os dados obtidos com o grupo de usuários e com o grupo de familiares, seria possível avaliar se há diferenças entre a escuta, atenção e resolução nos casos de reclamações, solicitações ou reivindicações feitas por um ou outro grupo analisado.

## Resultados e discussão

Uma vez examinadas as respostas obtidas com as questões, foi possível identificar uma diferença de ordem quantitativa entre os grupos em quatro dos cinco Estados pesquisados. Pois, no caso de Sergipe, apesar da taxa de reclamação ser a mesma entre familiares e usuários, 50%, não há registro do atendimento destas reclamações a nenhum dos grupos. Nos demais Estados, as diferenças encontradas ocorreram como listadas abaixo:

- a) Em Alagoas, dos 50% dos usuários que realizaram alguma reclamação apenas 46,2% foram atendidos, enquanto dos 44,44% dos familiares que realizaram reclamações, 58,3% foram atendidos.
- b) Na Bahia, 40% dos usuários realizaram reclamações e desses 44,44% foram atendidos, por outro lado, 17% dos familiares reclamaram e, nesse caso, em 60% dos casos tiveram suas reclamações atendidas.
- c) Na Paraíba, não há sequer registro das reclamações de usuários. Todavia, dos 50% de familiares que realizaram alguma reclamação 81,82% foram atendidos.



- d) Em Pernambuco, cerca de 50% dos usuários reclamaram e destes 61,5% foram atendidos, por sua vez, os 52% de familiares reclamaram e tiveram suas solicitações atendidas em 83,3% dos casos.

Em resumo: em todos os quatro Estados, o número de atendimentos às reclamações dos familiares foi sempre proporcionalmente superior ao número de atendimento das reclamações dos usuários.

O que isso quer dizer?

De pronto, parece que os usuários têm sua “voz” menos ouvida do que a de seus familiares. Nesse caso, pode-se estranhar que, em um serviço destinado ao atendimento daquelas pessoas, sejam outros, e não elas, os que recebem mais atendimento às suas solicitações.

Então, cabe perguntar: qual seria a justificativa para tal paradoxo?

Alguns poderiam argumentar que a reclamação, solicitação ou reivindicação de um usuário de serviço de saúde mental nem sempre é razoável, ou seja, capaz de ser racionalizada. Daí que, nem sempre, é algo passível de ser atendido. E, por conseguinte, isso poderia ser a justificativa para o menor número de atendimentos das reclamações feitas pelo grupo de usuários, em relação ao grupo de familiares que são, em princípio, “racionais”. Logo, nesse contexto, o resultado encontrado até pareceria razoável ou mesmo esperado.

Não há nada de inédito nesse argumento. De fato, desde o início da modernidade o homem é aquele que existe através da razão, “*cogito ergo sum*” (DESCARTES, 1968, p. 41). Sim, desde o estabelecimento do cogito cartesiano a Razão passou mesmo a apartar ser do não ser. Nessa divisão, o homem, aquele dotado da Razão, seria quem poderia agir sobre o mundo dos objetos, os não seres.

Através dos dados obtidos no Avaliar CAPS Nordeste (PITTA, 2014), talvez seja possível dizer que essa divisão entre seres e não seres pelo atributo da Razão, tão própria ao século XVII, ainda pode ser encontrada nos CAPS pesquisados mais de quatrocentos anos depois. Naqueles Centros, permanecem, de um lado, familiares e trabalhadores da saúde mental que partilham a razão corrente e, de outro, usuários, em tese, desprovidos desse atributo.

Essa organização, que pode causar espanto, não é nova. Afinal, é precisamente esse pressuposto, sintetizado pelo cogito cartesiano, que orientou a medicalização da desrazão desde o início do século XVIII. Nela, o louco viu-se reduzido a objeto: um objeto de estudo (LEBRUM, 1985), um objeto de controle (PINEL, 2007), um objeto de políticas (FOUCAULT, 1978). Mas, sobretudo, um objeto, que é, como tal, limitado ao “silêncio do não-ser” (FOUCAULT, 1978, p.68).

Bom, se é mesmo desta forma, se os desprovidos da razão comum podem ser mesmo caracterizados como não seres, como objetos, meios para obtenção de saber, segurança e poder, por que os resultados obtidos no Avaliar CAPS Nordeste causariam estranhamento?

O motivo é simples: se, por um lado, toda essa justificação soa racionalmente plausível, por outro, é moralmente equívoca.

É, em Kant, cerca de 70 anos depois da elaboração cartesiana, que encontramos o fundamento para esse contra-argumento. Há, para o filósofo alemão, um fim supremo para a Razão que “[...] não é outra coisa que o destino total do homem e a filosofia desse destino chama-se moral” (KANT, 1997, p. 662).

A moral seria aquilo que torna possível ao ser racional fazer-se fim em si mesmo. Por isso, para Kant, “[...] a moralidade, e a humanidade enquanto capaz de moralidade, são as únicas coisas que têm dignidade” (KANT, 1980, p. 77).

Essa acepção da humanidade como uma dignidade, na obra kantiana, é o que termina por universalizar a prática moral. Afinal, como dito no início deste ensaio, tomar a humanidade como uma dignidade implica agir de tal maneira que se tome “[...] a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio” (KANT, 1980, p. 429).

Daí que se trata, aqui, do respeito, não a um ser ou outro em particular, dotado ou não de uma razão cartesiana, mas sim, à noção universal de humanidade. É a humanidade, em sua universalidade, e não este ou aquele ser humano, que deve ser respeitada. Este é o pressuposto que “explica [...] por que o princípio kantiano do respeito aplica-se às doutrinas dos direitos humanos universais” (SANDEL, 2011, p. 156).

Se é possível falar em direitos humanos universais a partir de Kant, é porque, ao elevar a humanidade a uma dignidade, o filósofo alemão nos alerta que, mesmo estando a

racionalidade ausente, é dever moral do homem racional reconhecer a humanidade no outro. Dito de outro modo, o

[...] ser humano, embora não autônomo, possui sim dignidade, pois, pelo fato de ser um fim em si mesmo, sua dignidade não pode ser retirada ou graduada, do contrário esse ser (deficiente mental, por exemplo) perderia o seu valor absoluto. Em outras palavras, isso significa dizer que o fato de determinado indivíduo não possuir a capacidade de propor-se fins não lhe priva da dignidade e do respeito que os demais seres racionais devem para com este (DALSSOTTO; CAMATI, 2013, p. 136).

E, aqui, voltamos, então, à situação verificada nos Centros de Atenção Psicossocial do nordeste do Brasil. O que está de fato está ocorrendo ali?

Bom, a prática nos CAPS é, sem dúvidas, uma prática política. Todavia, a moralidade está presente ali. Afinal, moralidade está presente na Filosofia Política (RUAS, 2014). Como vimos em Kant, inclusive, ela a precede. E, nesse caso, ela coincide completamente com os princípios fundamentais da política delineada pelas Nações Unidas (UN, 2017) que orientam, nacionalmente, as propostas do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011, 2015a). Entretanto, é essa mesma moralidade que parece ausente na disparidade ora encontrada nos números de atendimentos às solicitações de usuários e familiares examinados.

Por isso, parece-nos que, no caso em particular, o que ocorre é a limitação da Política, não necessariamente pela falta de verbas, má gestão, equipe reduzida ou qualquer outra *coisa* (algo da ordem dos meios), mas sim, pela “deficiência” moral. A “deficiência” moral, ali, acontece apesar da Política. Também a precede. É, talvez, uma limitação daqueles que ali trabalham, e de outros tantos que compõem a Rede de Assistência. Ativos no campo político, mas afetados pelo desvio moral perpetuado no campo da saúde ao longo de muitos séculos como algo da ordem do natural.

É em dados como estes que uma instituição tão reformada politicamente se revela arcaica. Mudam-se as paredes, as formas, os procedimentos, mas não o princípio que as precedeu. E, que, portanto, parece perdurar, em efeitos, até os dias atuais.

### **De volta ao princípio**

Como dito no início deste ensaio, os fatos desencadeados no século XX tornaram necessário fazer da formulação ontológica dos direitos humanos uma política universal.

Todavia, com os limites concretos dos acordos internacionais, qualquer possibilidade de ação na direção do ideal pactuado sempre dependeu da decisão política local.

Entretanto, o que foi revelado pelos dados do Avaliar CAPS Nordeste, é que, mesmo sendo a decisão política local, alinhada aos princípios universais, ela segue possuindo limitações de outra ordem. Limitações que precedem qualquer iniciativa política. Limitações de cunho moral.

Portanto, o que se destaca aqui é a observância da limitação da política, não por algo da ordem dos objetos, das coisas, dos meios para a realização. Mas sim, uma limitação que se apresenta, em específico, pelas dificuldades do exercício da moralidade no campo da saúde mental. Dito de outra maneira, trata-se de entraves da ordem de uma “deficiência” moral, presentes não nos princípios que sistematizam a política, mas sim, nos sujeitos que, teoricamente, as poriam em prática.

Parece, então, que retornamos à questão que abre este trabalho sobre como passar da razão crítica à prática. Mas, agora, outra indagação se apresenta: frente à limitação moral, ainda há algo possível a fazer?

Sim, sempre haverá, afinal, é nosso dever moral fazer existir algo que contribua para esse reconhecimento. O como fazê-lo é que poderá seguir, por hora, como um convite a outras construções.

## Referências

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo: Antissemitismo, Imperialismo e Totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 8 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**: Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, 1994; 30 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União, 2011; 23 dez.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados**: 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRITO, Fausto. A ruptura dos direitos humanos na filosofia política de Hannah Arendt. In: **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 54, n. 127, p. 177-196, Junho de 2013.

DALSOTTO, Lucas Mateus; CAMATI, Odair. Dignidade humana em Kant. **Theoria**: Revista Eletrônica de Filosofia. Volume V - Número 14 - Ano 2013. Pouso Alegre: Faculdade Católica de Pouso Alegre, 2013.

DESCARTES, R. **Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma**. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1968.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril, 1980.

LEBRUN, G. Transgredir a Finitude. In: RIBEIRO, Renato Janine (Org.). **Recordar Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

PITTA, Ana Maria. (Org.). **Avaliar CAPS**: Avaliação da qualidade do cuidado de Centros de Atenção Psicossocial no Nordeste do Brasil. Salvador: Universidade Católica do Salvador, 2014.

RUAS, Gonçalo. **Moral e Política**: o princípio da autonomia e o reino dos fins na filosofia kantiana. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2014.

SANDEL, Michael J. **Justiça: O que é fazer a coisa certa**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2011.

UNITED NATIONS – (UN). **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>. Acesso em: 15 maio 2017.

WHO, World Health Organization. **Basic documents**. Genbra: WHO Press, 2009.

### Dados das autoras

Milena Rocha Nadier Barbosa

Mestranda em Políticas Sociais e Cidadania, UCSal, professora da Faculdade Visconde de Cairu e da Universidade Salvador - Unifacs. Integra o NESC, Núcleo de Estudos em Saúde e Cidadania na Universidade Católica do Salvador e é associada do Instituto de Psicanálise da Bahia – IPB. Email: milena\_nadier@hotmail.com

Ana Maria Fernandes Pitta

Doutora em Medicina Preventiva/Saúde Mental (USP); professora do Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica de Salvador; Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental. E-mail: [ana.pitta@pro.ucsal.br](mailto:ana.pitta@pro.ucsal.br)