

AUTO-ORGANIZAÇÃO, AUTONOMIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Maria Solange de Castro Ferreira¹

Maria Alice Ornellas Pereira²

Alfredo Pereira Junior³

Resumo

A prática manicomial, predominante por quase duzentos anos como única possibilidade de tratamento ao doente mental é segregadora, excludente, embasada na noção de periculosidade, onde o que se constrói é a negação de direitos e a impossibilidade do exercício da autonomia. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem possibilitado a construção de práticas voltadas para o fortalecimento do poder contratual dos sujeitos e a autonomia emerge como valor importante e a ser considerado como central no cuidado em Saúde Mental. O adoecimento mental é fator marcante e desagregador na vida das pessoas, marcando-as com danos, incapacidades, deficiências, maior vulnerabilidade e comprometimento da autonomia pessoal, o que pode implicar em atitudes terapêuticas de maior autoridade. No entanto, entendemos que o exercício da autonomia encontra-se intrinsecamente ligado à totalidade do processo de vida dos sujeitos, refletindo o grau de auto-organização nele existente. Portanto, o ganho de autonomia implica em melhores condições de o indivíduo estabelecer a auto-organização. Assim, entendemos que somente uma prática voltada para o cuidado das pessoas pode possibilitar o fortalecimento da autonomia e conseqüentemente, de sua auto-organização, e que este deve ser o desafio e o objetivo das práticas em Saúde Mental.

Palavras-chave: auto-organização; autonomia; saúde mental; cuidado.

Introdução

As questões relacionadas à doença e saúde mental foram, por muito tempo, distanciadas de fenômenos socioculturais pela própria prática psiquiátrica e seus aparatos institucionais, que reduzem a saúde e a doença mental apenas a um conjunto de funções adequadas ou inadequadas, do ponto de vista biológico, neurológico ou psíquico (SANTOS, 1994).

Na história da Psiquiatria, o modelo manicomial, instituído no século XVIII com o surgimento da Psiquiatria enquanto especialidade médica predominou por quase duzentos anos como única alternativa para o tratamento do adoecimento mental. Assim, os loucos são resgatados dos hospitais e albergues para pobres e sua reclusão passa a se dar em hospitais para alienados, os manicômios, onde a pretensão era um tratamento baseado na humanização. A segregação e a institucionalização, portanto, passa a ter um propósito terapêutico. No

¹ Enfermeira do Hospital Dia de Psiquiatria, especialista em Psiquiatria e Saúde Mental, mestre em Enfermagem, doutoranda em Saúde Coletiva – e-mail:- risojo@ig.com.br.

² Professora Adjunta Pós-Graduação em Enfermagem da FMB.

³ Professor Adjunto do Departamento de Educação do Instituto de Biociências – UNESP – Campus de Botucatu.

entanto, a concepção dada à doença mental continuava ligada à moral, à ética e, portanto, os doentes mentais ainda considerados infratores da ordem social. Nesta perspectiva, o tratamento baseava-se na moralidade, onde, de acordo com Desviat (1999) a pessoa portadora de transtorno mental era considerada irresponsável, não sendo um sujeito de direito. Assim, a psiquiatria se fundamenta em grandes bases: a periculosidade, a incurabilidade e a cronicidade. Portanto, os psiquiatras passaram a tutores de menores perversos e a psiquiatria assume o papel central de corrigir essa falha da ordem social.

Desta maneira, este modelo médico hegemônico que assume para si apenas a doença enquanto objeto de intervenção exclusiva da ciência, fragmenta e reduz o olhar ao paciente, que é desconsiderado na ação de cuidado e vivencia seu adoecimento com passividade e dependência (SOARES e CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Por outro lado, o adoecimento mental é fator marcante e desagregador na vida das pessoas, promovendo o rompimento com trajetórias de vida, com projetos e com desejos. Nesta perspectiva, a doença mental provoca uma desorganização no sistema de vida, marcando os indivíduos com danos, incapacidades e deficiências. Esta condição expõe estas pessoas a maior vulnerabilidade, fragilidade e prejuízo na autonomia, determinando a complexidade das demandas decorrentes do adoecimento psíquico (FERREIRA, 2010).

O modelo manicomial, portanto, mostra-se insuficiente do ponto de vista terapêutico para responder a esta complexidade. Nesta perspectiva e também como resposta a uma nova ordem social, a partir do século XX, iniciam-se mobilizações que enfatizam a importância e a possibilidade da saída do doente mental dos manicômios e o seu retorno à sociedade, recebendo tratamento em serviços de saúde em sistema aberto, que favoreçam o convívio com a família e a permanência no núcleo social (DESVIAT, 1999).

No Brasil, o rompimento com o modelo manicomial tem sido possível devido à Reforma Sanitária nas últimas duas décadas do século XX, pelo processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde e, principalmente, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. As transformações no modelo assistencial são decorrentes da organização dos profissionais de Saúde Mental, familiares e pacientes, subsidiadas pela política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, por meio de leis, portarias e regulamentações.

Nesta nova lógica que tende a orientar a atenção ao doente mental o sujeito que experimenta o sofrimento psíquico deixa de ser visto apenas como constituído de corpo (Biologia) e um aparelho psíquico (Psicologia) e, nesta perspectiva, a doença mental começa a

ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, permeado por dimensões psicossociais determinantes do processo saúde-doença mental.

Assim, questões históricas, sociais, culturais, econômicas, filosóficas e religiosas norteiam as relações estabelecidas entre a sociedade e a doença mental, construindo as representações sociais acerca do adoecimento mental e, conseqüentemente, determinando o tratamento em psiquiatria.

O movimento da Reforma Psiquiátrica impulsiona questionamentos em relação ao processo de trabalho em Saúde Mental. Nesta perspectiva, propõe a redefinição do significado do cuidado em Saúde Mental, suscitando reflexões sobre a importância do cuidado centrado na doença ser deslocado para um cuidado centrado nos indivíduos, considerando suas histórias e subjetividades, com o objetivo principal de facilitador da cidadania e autonomia. Assim, o sujeito passa a ser visualizado, valorizado e incluído na ação cuidadora (BARROS e EGRY, 2000).

Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial emerge como possibilidade de construção de um novo cuidado em Saúde Mental. Propõe-se a mudança do modelo biológico para um modelo psicossocial, com intervenções que favoreçam transformações significativas na vida das pessoas, por meio do fortalecimento de suas habilidades e diminuição de suas deficiências (SARACENO, 1999). Portanto, um cuidado que prioriza a autonomia do indivíduo.

A partir destas considerações propomos uma reflexão à respeito da relação existente entre auto-organização, autonomia e o cuidado em Saúde Mental.

Autonomia e Saúde

O conceito de autonomia adquire significados variados, dependendo do olhar que pretende estudá-la. Nesta reflexão ampliaremos o conceito de autonomia para além da autossuficiência ou da independência absoluta. Trataremos aqui do conceito de autonomia como condição necessária para a saúde.

Autonomia é um dos princípios da Bioética, responsável pelo rompimento com concepções paternalistas na medicina, onde o médico detinha o poder de decisão, determinando o tratamento a ser realizado pelo paciente. Assim, a autonomia pode significar o poder do homem em tomar decisões que afetam sua vida (SILVA et al, 2012).

Morin (1996) questiona a associação entre autonomia e a noção de liberdade, considerada material e desconectada das restrições e contingências físicas. Contrário a isto defende que a autonomia é um conceito estreitamente ligado à noção de dependência, sendo a

dependência inseparável do conceito de auto-organização. Além disto, considera que autonomia implica na dependência com o mundo externo, já que a auto-organização depende do meio ambiente, seja este biológico, meteorológico, sociológico ou cultural. Portanto, de acordo com esta concepção, auto-organização significa autonomia, considerando que o indivíduo autônomo depende necessariamente do mundo externo, de maneira energética, informativa e organizativa já que um sistema auto-organizador deve trabalhar para a construção e reconstrução de sua própria autonomia.

Canguilhem (1995) remete à questão da autonomia do indivíduo adoecido e se aproxima da noção de autonomia de Morin (1996) ao considerar que o organismo vivo é dotado de uma potência auto-reparadora. Os conceitos de normal e patológico são defendidos enquanto valores, onde é a normatividade e não a cientificidade que determina a diferenciação entre eles. Desta maneira, estabelece a relação entre os conceitos de normal, patológico e autonomia, onde o homem normal já que considerado um homem normativo, é o próprio homem autônomo.

Kynoshita (2001) concebe a noção de autonomia como a capacidade do indivíduo gerar normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Assim, a ampliação de contratos sociais possibilitaria ao indivíduo gerar novas normas para situações diversas. Nesta perspectiva, o conceito de autonomia é ampliado para além de antônimo de dependência ou sinônimo de liberdade absoluta. Ao contrário, autonomia passa a ser entendida como a capacidade do sujeito em lidar com suas redes de dependências.

Neste sentido, Soares e Camargo Júnior (2007) numa concepção complexa de autonomia propõem a superação das relações autoritárias e paternalistas no processo saúde-doença através do fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e familiares, contribuindo para a formação de redes de autonomia/dependência, fundamentais para o estabelecimento do cuidado e da saúde, favorecendo a construção contínua da autonomia à medida que caminha o processo terapêutico.

O processo de adoecimento pode causar maior vulnerabilidade e fragilidade nos indivíduos, principalmente, quando o adoecimento implica na necessidade de cuidados por parte de outros. No entanto, a necessidade de cuidado não determina, necessariamente, prejuízo na autonomia das pessoas. Ao contrário, a necessidade de cuidados pode ser uma oportunidade para o resgate e o fortalecimento da autonomia. Para tanto, é importante que em todo processo terapêutico o indivíduo adoecido e fragilizado seja considerado e incluído enquanto sujeito do processo. Além disto, a relação entre o cuidador e quem demanda cuidado

não deve constituir-se em uma relação de dependência, já que esta anula o outro enquanto sujeito do processo.

Mais que isto, considerar a ampliação da autonomia como um dos objetivos do trabalho em saúde implica na reformulação de valores políticos e de conceitos teóricos que orientam este trabalho. Para tanto, a principal mudança deve se concentrar na redefinição do próprio “objeto” do trabalho em saúde. Portanto, nesta perspectiva, o objeto de trabalho em saúde necessita ser compreendido como uma síntese entre problemas de saúde sempre ligados a um sujeito, dotado de suas singularidades (CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Ao longo da história da medicina moderna o objeto central de intervenção tem sido a doença, contribuindo para a construção de uma concepção reducionista do processo saúde-doença. Assim, a ciência médica apropria-se de concepções baseadas na neutralidade e na objetividade, ou seja, na doença, nos órgãos, fragmentos e sintomas, desvalorizando as dimensões socioculturais no processo de adoecimento e no processo terapêutico. Neste contexto, ocorre um distanciamento na relação com o paciente, e deste com seu próprio corpo. Portanto, neste processo o paciente passa a ser visto e tratado como objeto de intervenção e não como sujeito de ação. Então, a concepção biomédica não possibilita, nem mesmo, a consideração das pessoas adoecidas como doentes, muito menos como sujeitos autônomos. (SOARES e CAMARGO JÚNIOR, 2007).

A história da assistência psiquiátrica também é construída a partir da valorização da doença e da busca pela cura. As representações sociais construídas acerca da doença mental e as práticas assistenciais são fundamentais no direcionamento do olhar para a autonomia do doente mental. Vê-se que a impossibilidade em exercer a autonomia, o preconceito, a discriminação e a estigmatização estão presentes durante grande parte da história da psiquiatria. A prática manicomial que predominou por quase duzentos anos como única possibilidade de tratamento é segregadora, excludente, embasada na tutela e na noção de periculosidade, onde o que se constrói é a negação de direitos e a coibição do exercício da autonomia dos indivíduos.

No entanto, a autonomia é um valor necessário necessitando ser resgatado nas práticas clínicas, nas ciências sociais, humanas e de saúde. De acordo com Soares e Camargo Júnior (2007) deve ser condição necessária para a saúde, podendo ser compreendida como a potência auto-reparadora do organismo humano e pré-condição para sua saúde e cidadania. Desta maneira, a autonomia é condição fundamental no norteamo de políticas e práticas de saúde. Assim, todo e qualquer processo terapêutico deveria ter como princípio a construção contínua

e o fortalecimento da autonomia do indivíduo envolvido no processo saúde-doença, principalmente, quando esta se encontra limitada pelo adoecimento.

Neste sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta novas possibilidades de pensar e lidar com o adoecimento mental, inserido em um processo de mudanças políticas, sociais e culturais, tem possibilitado o avanço para além das práticas manicomialistas. As ações centralizam-se no fortalecimento do poder contratual dos sujeitos acometidos por um transtorno mental. Desta maneira, o novo modelo assistencial tem como eixo condutor a ampliação da autonomia. Para tanto, o objeto de intervenção deve se deslocar da doença mental para o sujeito inserido em seu contexto social.

Consideramos que a autonomia é uma característica relativa a padrões individuais, sociais e históricos, estabelecidos ou construídos, e não um valor absoluto, implicando, portanto, em certo grau de dependência, modulando a capacidade do indivíduo de se organizar, podendo ser induzida ou facilitada por agentes externos. Desta maneira, o exercício da autonomia está intrinsecamente ligado à totalidade do processo de vida dos sujeitos, refletindo o grau de auto-organização nele existente. Assim, consideramos uma relação diretamente proporcional entre autonomia e auto-organização, onde o ganho de autonomia implica em melhores condições do indivíduo se auto-organizar.

Cuidado em Saúde

Segundo Boff (1999) cuidar representa muito mais que um ato ou atitude. A própria essência humana se encontra no cuidado, sendo a base que sustenta a existência humana enquanto humana. Portanto, é característica singular do ser humano colocar o cuidado em tudo que projeta e faz.

No campo da saúde, a produção de técnicas cuidadoras, também, é a alma de todo serviço de saúde, embora nem sempre sejam reconhecidas como tal. É frequente a crença de que o objeto de trabalho em saúde é a cura, a proteção e a promoção da saúde. No entanto, a cura, a proteção e a promoção se constituem a finalidade de um processo de trabalho em saúde, que somente podem ser alcançados a partir de atos individuais ou coletivos, onde se conjugam saberes e práticas implicadas na construção de atos cuidadores. Portanto, o objeto de todo processo de trabalho em saúde está centralizado, certamente, na produção de cuidado (MERHY, 1998).

Desta maneira, as abordagens assistenciais em saúde constituem um processo relacional, individual ou coletivo, que se estabelece entre aquele que cuida e quem é cuidado.

Assim, um encontro entre duas pessoas é estabelecido, onde há atuação de uma sobre a outra, produzindo um jogo de expectativas e produções. Neste processo, o paciente ocupa o papel de alguém que procura uma intervenção, que lhe permita recuperar ou produzir determinados graus de autonomia no seu modo de conduzir a própria vida. Partindo desta concepção, o cuidado em saúde é compreendido como encontro, onde a intervenção se centraliza na construção de projetos de vida (MERHY, 2007).

Por outro lado, o paradigma racionalista e a hegemonia médica, predominante nos modelos assistenciais, assumem para si, de forma absoluta, apenas a experiência da doença, reduzindo-a a objeto de sua competência exclusiva. Assim, ao tentar proteger o doente afastando-o do encontro com sua própria doença, destrói o paciente que fica com a única possibilidade de vivenciar seu adoecimento com passividade e dependência. Além disto, a polarização da saúde como positivo e da doença como negativo impede qualquer tipo de relação entre ambas. Desta maneira, como consequência deste processo o adoecimento é entendido como um acidente, objeto exclusivo da ciência e não como uma experiência pessoal (BASAGLIA, 1982).

Percebe-se, portanto, que o modelo médico hegemônico contribui para a diminuição da dimensão cuidadora do trabalho em saúde. As intervenções se centralizam na doença e não no sujeito social. Mais que isto, as relações entre pacientes e trabalhadores de serviços de saúde, são caracterizadas, frequentemente, pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, já que o objeto de intervenção é a doença e quem detém o poder de ação sobre esta é o profissional de saúde (MERHY, 2007).

Barros et al. (2007) ressaltam a importância da construção de novos olhares para o cuidado, onde seja possível a transformação social do papel dos profissionais em sua prática. A construção de práticas inovadoras em saúde exige o deslocamento da intervenção dos profissionais exclusivamente sobre a doença para uma intervenção sobre a vida das pessoas. Nesta perspectiva, o objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde necessitam serem reconfigurados. O objeto de intervenção se desloca da doença para a subjetividade social; a finalidade da assistência, em lugar da remissão de sintomas passa a ocupar as necessidades de saúde propriamente humanas e os instrumentos neste processo de trabalho se constituem por saberes e práticas.

Ao eliminar a doença enquanto foco de intervenção terapêutica ampliam-se as necessidades e possibilidades de ação. Além do tratamento a pessoa passa a ser objeto de cuidado, constituída de necessidades e não apenas de sintomas. Neste sentido, o cuidado mais

que um ato passa a ser uma atitude de responsabilização dos profissionais de saúde frente ao paciente que necessita de uma intervenção. Esta tomada de responsabilidade exige dos profissionais direcionamento da atenção, escuta, acolhimento, ética, consideração da cidadania e da autonomia. Assim, cuidar em saúde passa significar a construção de projetos de vida significativos para cada paciente como eixo central do processo terapêutico (BARROS et al., 2007).

Os próprios pacientes apontam para a importância desta dimensão cuidadora nos serviços de saúde, quando avaliam que estes não são adequados para resolverem seus problemas de saúde. De acordo com Merhy (2007) sob a ótica dos pacientes, a deficiência dos serviços de saúde está na falta de interesse e de responsabilização destes em torno do paciente e de seus problemas. Portanto, vê-se que a diminuição da ação cuidadora dos vários profissionais da saúde, sob influência do modelo médico hegemônico predominante nos serviços de saúde, tem sido responsável pela construção de modelos de atuação irresponsáveis perante a vida das pessoas.

Para Machado e Colveiro (2002) quando a ação do profissional não considera o sujeito do cuidado como um sujeito da relação o que se estabelece é apenas um pseudocuidado. Esta descaracterização do sujeito a ser cuidado acontece quando a leitura de sinais, necessária para o estabelecimento do cuidado de sujeitos com alterações no processo saúde-doença, é realizada através de referenciais biológicos, bioquímicos, fisiológicos ou orgânicos. Assim, o cuidado apenas acontece quando o profissional de saúde valoriza, visualiza e inclui o sujeito na ação de cuidar, ou seja, a subjetividade é uma via para o cuidado.

É neste sentido que Saraceno (1999) propõe que o cuidado em Saúde Mental seja orientado por um modelo complexo de intervenção, com enfoque no fortalecimento da autonomia e na produção de resultados significativos para a vida das pessoas. Sendo assim, a Reabilitação Psicossocial mais que uma tecnologia de cuidado na assistência psiquiátrica, passa a ser considerada como estratégias que possibilitem a recuperação da capacidade das pessoas em produzir sentido e, conseqüentemente, valor social, fortalecendo sua contratualidade enquanto cidadão. A Reabilitação Psicossocial é definida como um processo que implica na possibilidade de espaços de negociação para o paciente, sua família, para a comunidade e para os serviços que se ocupam dos pacientes, com a finalidade de aumentar a capacidade contratual dos pacientes. Sendo assim, a Reabilitação Psicossocial se responsabiliza pela produção de atos cuidadores que fortalecem a autonomia e,

consequentemente a auto-organização, já que encontrar sentido para a própria vida, passar a ter controle da situação são atitudes capazes de aliviar ou transformar o sofrimento.

Por outro lado, a clínica psiquiátrica tradicional, representada, principalmente, pelos Hospitais Psiquiátricos representa a construção de atos cuidadores que aprisionam e são pouco favoráveis à auto-organização. Valentini (2001) ao abordar os processos relacionais dentro de estruturas manicomiais compara a maioria dos Hospitais Psiquiátricos brasileiros a imensos jardins de bonsais, onde as interações humanas se estabelecem de maneira muito semelhante ao modo de se produzir bonsais. As pessoas em tratamento nestes locais, como os bonsais, são induzidas a não crescerem, compara a miséria relacional a pouca terra, o ambiente controlado, mínimo e miserável é concebido como impedimento do desenvolvimento das raízes, ou seja, da identidade de cada paciente.

No processo de transformação de um modelo de cuidado que aprisiona para outro que liberta, vê-se que a equipe de trabalho tem papel fundamental. As representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao transtorno mental são relevantes nesta mudança de modelo de atenção. Muitas vezes, o imaginário construído acerca do transtorno mental está pautado no distanciamento, na exclusão, na periculosidade, influenciando posturas, determinando percursos e interferindo no cuidado. Portanto, a construção deste novo modelo de cuidado, que liberta, solicita dos profissionais a disponibilidade para rever seus próprios conceitos, envolvimento, compromisso e flexibilidade no enfrentamento de desafios, a partir de um movimento interno cotidiano de desconstrução de princípios fortemente instituídos (PEREIRA, 2003).

A produção do ato cuidador consiste na responsabilização do profissional diante de uma intervenção, culminando em uma dimensão tutelar. Porém, o cuidado, pode e deve implicar em ganhos de autonomia para o paciente. Neste cenário a saúde é concebida como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida, assim como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam e produzem vida. A multiplicação dessas redes de dependências fortalece a autonomia e implicam em relação direta com a pretensão de um cuidado antimacomial. Neste sentido, os serviços de Saúde Mental devem ter como eixo condutor a construção de modelos de intervenções que possibilitem a exploração do ato cuidador com a finalidade de produção de complexas redes agenciadoras de vida (MERHY, 2007).

Consideramos que, apenas uma prática voltada para o cuidado das pessoas pode possibilitar a construção e ou o fortalecimento da autonomia. Desta maneira, o cuidado pode

ser entendido como o agente externo responsável pela modulação da autonomia individual, interferindo, conseqüentemente, na capacidade de auto-organização dos indivíduos.

Conclusão

O processo de adoecimento psíquico promove rompimento com a vida, com projetos e desejos, culminando em certa desorganização no sistema de vida daqueles que o vivenciam. Desta maneira, evidencia-se que este processo solicita uma assistência que considere as necessidades complexas dos indivíduos e favoreça a auto-organização.

Evidencia-se a importância dos serviços resgatarem a produção de cuidado como objeto de seu processo de trabalho, por meio do atendimento das necessidades subjetivas. Desta maneira, o cuidado em Saúde Mental necessita estar pautado na construção de projetos de vida significativos, oferecendo oportunidades para que as pessoas possam se refazer apesar do adoecimento psíquico.

Para tanto, um processo de retomada da autonomia é fundamental e condição necessária para a saúde. A ampliação do poder contratual nas relações sociais, o fortalecimento da capacidade de gerar normas para a própria vida e para situações diversas, são recursos necessários para o enfrentamento da doença, para o resgate de potencialidades adormecidas pelo processo de doença, para a efetivação de mudanças significativas na vida e, portanto, para o estabelecimento de um processo de auto-organização.

Referências

BARROS, S.; EGRY, E.Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem psiquiátrica sub judice**. Taubaté: Cabral, 2009.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, 2007, v.41(esp.), p.815-9.

BASAGLIA, F.S. (1968-1980): **dall'apertura Del manicômio Alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica**. Torino: Giulio Einaudi, 1982.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: vozes, 1999.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In:

- CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- DESVIAT, M. A institucionalização da Loucura. In: ____ **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.15-45.
- FERREIRA, M. S. C. **O Cuidado em Saúde Mental**: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. 2010. 185 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Botucatu, 2010.
- KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-99.
- MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. **O Cuidado de Enfermagem**: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. **8º Enfetec**. Anais Eletrônicos, 2002.
- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde,. In CR Campos et al. (orgs.) -**Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público** São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120
- MERHY, E.E. Cuidado com o Cuidado em Saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (orgs.). **Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MORIN, E. A Noção de Sujeito. In SCHNITMAN, D.F. (org.). **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Artes Médicas, 1996.
- PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 2003; v.7, n.12, p. 71-82.
- SANTOS, N.G. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.
- SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da Reabilitação Psicossocial a Cidadania Possível. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.
- SILVA, J.A.C. et al. Importância da Autonomia como Princípio Bioético. **Rev. Para.med**, abr-jun 2012, v.26, n.2.
- SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R.A. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, jan-abr 2007, v.11, n.21, p.65-78.
- VALENTINI, W. **Nenhum Ser Humano Será Bonsai**. In: <http://www.candido.org.br/formacao/candido-escola/artigos/622-nenhum-ser-humano-sera-bonsai>, 2001. Acesso em junho de 2013.

SELF-ORGANIZATION, AUTONOMY AND MENTAL HEALTH CARE

Abstract

The hospice, prevalent for almost two hundred years as the only possibility of treatment for the mentally ill, is a discriminating, excluding institution, based on the negation of civil rights and autonomy of the subjects. The movement of Psychiatric Reform has made possible the construction of practices directed to the empowering of subjects in social relations. In this new context, the principle of autonomy emerges as a central value to be considered in mental health care. Mental illness is a strong disorganizing factor in the history of life, implying losses, disabilities, deficiencies, increased vulnerability e impairment of personal autonomy. In this condition, mental health care may use authority, but we understand that the exercise of autonomy is more important for life processes, reflecting the degree of self-organization achieved by the subject. Therefore, a gain in autonomy improves the conditions for personal self-organization. We suggest that a practice directed towards mental care should increase the subjects' autonomy and consequently his/her self-organizing life process. This should be the challenge and the main goal to be attained in mental health care.

Keywords: self-organization; autonomy; mental health; care.