

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Serviço Social
Programa de Pós Graduação em Serviço Social
Doutorado em Serviço Social

**REFORMA PSIQUIÁTRICA À BRASILEIRA:
análise sob a perspectiva da
desinstitucionalização**

Andréa Valente Heidrich

Porto Alegre
2007

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

**REFORMA PSIQUIÁTRICA À BRASILEIRA:
ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Doutoranda: Andréa Valente Heidrich

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto

Porto Alegre, 2007

H465r Heidrich, Andréa Valente

Reforma psiquiátrica à brasileira : análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. – Porto Alegre : PUC-RS, 2007.

205 f.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul , Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007.

Orientadora: Couto, Berenice Rojas.

1.reforma psiquiátrica brasileira 2.paradigma de desinstitucionalização 3.política de saúde mental. I. Couto, Berenice Rojas. II.Título.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Tese intitulada *“Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização”*, de autoria da doutoranda *Andréa Valente Heidrich*, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dra. Berenice Rojas Couto – PPGSS/PUCRS Orientadora

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – ENSP/FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Jussara Maria Rosa Mendes – PPGSS/PUCRS

Prof.^a Dra. Luciane Prado Kantorski – FEO/UFPEL

Prof.^a Dra. Vini Rabassa da Silva – PPGPS/UCPEL

Porto Alegre, 26 de março de 2007

In memoriam do Sr. Almiro Pinheiro,
usuário da rede de atenção psicossocial de
Pelotas, exemplo de luta e resistência contra
o sistema manicomial.

AGRADECIMENTOS

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos

(João Cabral de Melo Neto).

Considero a parte dos agradecimentos a mais agradável na construção da tese. Primeiro, porque significa que estou terminando esta viagem. Segundo, mas não menos importante, porque me permite rever todos os pontos, pontes, entraves, medos, escalas e experiências pelas quais passei até chegar a este ponto do trabalho. Dessa forma, é bastante grande a lista das pessoas e instituições que contribuíram na viagem. Algumas, fornecendo opiniões, orientações, informações necessárias para a viagem, em si. Outras, importantíssimas, sendo o meu porto seguro, aquele lugar (alguém) para onde posso voltar, ligar, chamar nos momentos de aperto, de alegria, de realização.

Assim, quero registrar meu agradecimento à Universidade Católica de Pelotas e à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul que me propiciaram, através de um convênio, a possibilidade de cursar o Doutorado em Serviço Social.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-RS, pelo empenho, dedicação, compreensão nos corridos dias que passávamos na PUC. Um

agradecimento especial aos funcionários da Secretaria do Programa, pela paciência e auxílio nos encaminhamentos burocráticos e contatos com os professores. Aos professores com os quais tive contato, pela troca de experiência e conhecimento.

Agradeço imensa e especialmente ao meu amigo, mestre, “cidadão-do-mundo”, assistente social e professor Alceu Salamoni. Participei da seleção do doutorado pelo incentivo e estímulo desse grande homem. Na época da seleção, eu era professora-substituta na UCPEL e a força e o apoio do Alceu foram de fundamental importância. OBRIGADA, meu mestre querido!

Agradeço também, com muita gratidão, aos colegas professores da Escola de Serviço Social, que precisaram alterar seus horários para que tivéssemos (eu e meus colegas) a segunda-feira livre para irmos a Porto Alegre. Obrigada, colegas!

Aos diretores da Escola de Serviço Social pela compreensão e pelo estímulo: Alceu, Vini e Mara. Muito obrigada!

Aos meus parceiros de jornada... de madrugada, van, ônibus, estudos e trabalhos... meus colegas da UCPEL e de doutorado, Ana Luisa – Bibiba, Cristine, Jairo, Manuela e Mara. Obrigada pela convivência, pela paciência, pela troca. As viagens a Porto Alegre não são as mesmas sem vocês. Seu Caio, nosso motorista querido. Obrigada!

À sempre prestativa Lorena. Sem palavras! Muito obrigada por tudo!

Aos meus (minhas) alunos (as) que no dia-a-dia da vida acadêmica ensinam-me o quanto é importante ir além das relações formais acadêmicas e construir uma relação fraterna. Obrigada, queridos.

À queridíssima Berê, minha amiga e orientadora, Professora Doutora Berenice Couto, por ouvir, falar, orientar e agüentar minhas “desorientações”. Berê, quando

escolhi minha orientadora, procurei alguém com quem eu acreditasse ser possível estabelecer mais que uma relação objetiva de orientadora-orientanda. Eu precisava de alguém afetuoso, querido, cuidadoso. Portanto, escolhi certo. Muito obrigada por tudo!!!

Agradeço, de forma especial aos meus colegas “mentaleiros” da Prefeitura Municipal de Pelotas. Àqueles que trabalham para construir verdadeiramente a reforma psiquiátrica e uma sociedade livre de muros e preconceitos.

Neste momento, passo a agradecer às pessoas que são minha essência. Que me fazem viver, acordar a cada dia, desejar a vida com todo o fervor. Agradeço à minha família, em especial à minha mãe e ao meu pai. Pai, obrigada por me confrontar e me ensinar, dessa maneira, a defender minhas idéias. Mãe, obrigada por ser esta leoa... lutar por nós e “limpar o terreno” para que pudéssemos trilhar os nossos caminhos. Amo vocês. Obrigada.

Agradeço aos meus amigos do peito, meus irmãos, meus camaradas, à compadragem. A paciência, as festas, pelo colo, o abraço, o tempo, a Emmanuelle. Tudo. É uma bênção ter amigos como vocês. Fernanda, Ricardo e Duda,... “eu não existo longe de vocês”.

À Alê, a companhia virtual realíssima nos momentos da produção, ensinando-me a sentir sua companhia e afastar a solidão. “Amigas que eu trago no meu coração, que nunca me deixam sentir solidão”.

À Cristine, a quem tive o prazer e a felicidade de me aproximar ainda mais durante o doutorado. Cris, sem ti, eu não teria conseguido... Obrigada, querida. Por tudo. Especialmente, pelo que és para além dos muros da academia.

Agradeço o apoio dos meus cunhados e cunhadas, o companheirismo e por me ensinarem a contar com vocês. Obrigada, meus “galos” Duda, Cado, Vera, Neni e Kátia.

Obrigada, Rosaura, por cuidar da minha maluquez...

À Ana, pelo cuidado diário da nossa vida.

Finalmente, agradeço imensamente ao meu companheiro, amigo, amor, amante, amado, Rodri, que pacientemente acordava comigo todas as madrugadas do doutorado, me levava ao portão, torcia por mim, me esperava quando eu chegava. Esteve e está comigo em todos os momentos da minha vida. Amore, não tenho palavras para agradecer tanto apoio. És muito importante para mim. Desejo tudo ao teu lado. Obrigada!!!

Agradeço e dedico este trabalho a todos e todas que lutaram e lutam por uma sociedade sem muros, sem exclusão, sem opressão. Àqueles que acreditam que é possível conviver, todos juntos, lado a lado. Aos usuários do CAPS Zona Norte e seus familiares, obrigada por compartilharem suas vidas, seus sonhos, suas loucuras. Obrigada, sobretudo, por contribuírem para que eu me conhecesse e reconhecesse a minha própria loucura...

É com uma alegria tão profunda. É uma tal aleluia. Aleluia, grito eu, aleluia que se funde com o mais escuro uivo humano da dor de separação mas é grito de felicidade diabólica. Porque ninguém me prende mais. Continuo com capacidade de raciocínio – já estudei matemática que é a loucura do raciocínio – mas agora quero o plasma - quero me alimentar diretamente da placenta. Tenho um pouco de medo: medo ainda de me entregar pois o próximo instante é o desconhecido. O próximo instante é feito por mim? Ou se faz sozinho? Fazemo-lo juntos com a respiração. E com uma desenvoltura de toureiro na arena.

(Clarice Lispector, Água Viva)

RESUMO

A tese aborda o processo de reforma psiquiátrica brasileira, buscando conhecer as características genuínas do mesmo e verificar se, encontram-se presentes as características da perspectiva da desinstitucionalização italiana. Desse modo, apresenta um estudo sobre a trajetória do cuidado e da visão sobre a loucura na sociedade, desde o século XVII, demonstrando que houve transformações no significado e importância dessa problemática ao longo do tempo, até que fosse atribuído a ela o significado de doença mental. Explora, também, o percurso da preocupação para com a loucura no Brasil, o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos e das primeiras ações públicas de saúde mental no País. Percorre a história da política de saúde mental brasileira de sua origem até os dias atuais. Caracteriza o paradigma da desinstitucionalização, evidenciando quatro questões, quais sejam, a conceitual, a técnica, a cultural e a política. Defende que uma efetiva reforma psiquiátrica necessita provocar transformações nessas quatro questões, de forma a alterar o lugar e o entendimento da loucura na sociedade. Afirma, assim, que a desinstitucionalização é mais do que desospitalizar. Analisando a experiência brasileira, conclui que características da perspectiva da desinstitucionalização estão presentes em sua construção mas, que a transformação efetiva, principalmente no que se refere à questão cultural, ainda constitui um desafio. Propõe o envolvimento dos movimentos sociais, dos usuários e das Universidades na construção dessa transformação.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica brasileira; paradigma da desinstitucionalização e política de saúde mental.

ABSTRACT

This thesis is on the Brazilian psychiatric reform process, researching for its own characteristics and if Italian de-institutionalization influences it. Since the XVII century, it shows the evolution of the society care and culture about insanity. It demonstrates many changes in the meaning and importance of the madness along this period until the meaning of mental sickness was established. It also exploits the way of dealing with insanity in Brazil, the first psychiatric hospitals and government mental health care in the country. It goes through Brazilian mental health policies from its origin up today. It characterizes the paradigm of de-institutionalization, making in evidence four points: conceptual, technical, cultural and political. It's argued that these four points need to be transformed to provide an effective psychiatric reform in which the society's place and understanding of insanity change. It's affirmed that de-institutionalization is much more than de-hospitalization. Based on the Brazilian experience, it's concluded that some characteristics of the de-institutionalization perspective is present in its construction, but effective changes specially in concern to cultural aspects are still a challenge. It's proposed the engagement of social movements, service care users and universities to construct this transformation.

Keywords: Brazilian psychiatric reform, de-institutionalization paradigm and mental health policies.

LISTA DE SIGLAS

- ABI – Associação Brasileira de Imprensa
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APAC – Autorização de procedimento de alta complexidade/custo
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CCJR – Comissão de Constituição, Justiça e de Redação
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
- CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
- CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- EUA – Estados Unidos da América
- FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FBH – Federação Brasileira de Hospitais
- GM – Gabinete do Ministro
- IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MNLA – Movimento Nacional de Luta ANtimanicomial

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica

PSF – Programa Saúde da Família

PVC – Programa de Volta Pra Casa

REME – Movimento de Renovação da Área Médica

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Trajetória da loucura na sociedade.....	51
Quadro 2 –Distribuição dos CAPS por regiões brasileiras.....	122
Quadro 3 – Redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos.....	125
Quadro 4- Artigos selecionados para análise.....	149
Quadro 4 - Análise dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental no que se refere à desinstitucionalização.....	168
Quadro 5 – Ano de publicação dos artigos selecionados para a pesquisa.	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Proporção dos recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares nos anos de 1997, 2001, 2004 e 2005.....	126
--	-----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1. PRIMEIRA ESCALA – VIAGEM DA LOUCURA: EMBARCANDO NA NAU RUMO À CIDADANIA DO LOUCO.....	24
1.1. O trato com a loucura a partir do século XVII – a Grande Internação....	27
1.2. Nasce a psiquiatria: saber e lugar específico para a loucura e o louco.....	30
1.3. Século XX – reformas psiquiátricas.....	36
1.3.1. O cenário das reformas.....	38
1.3.2. Comunidade Terapêutica.....	39
1.3.3. Psiquiatria de Setor.....	40
1.3.4. Psiquiatria Preventiva (ou comunitária).....	41
1.3.5. Antipsiquiatria.....	44
1.3.6. Experiência italiana de desinstitucionalização.....	45
1.4. Buscando sintetizar a viagem da loucura.....	50
1.5. Desinstitucionalização – trilhando o conceito.....	53
1.5.1. Desinstitucionalizações – a psiquiatria reformada.....	54
1.5.2. Desinstitucionalizar a desinstitucionalização – o paradigma italiano.....	56
1.5.2.1 Gorizia – negando a instituição.....	58
1.5.2.2.A desinstitucionalização – buscando a instituição inventada.....	62
1.5.3. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização.....	68
2. SEGUNDA ESCALA – A VIAGEM DA LOUCURA NO BRASIL.....	71
2.1. O embarque: a loucura passa a ser um problema social no Brasil.....	71
2.1.1. A passagem: o nascimento do hospício.....	74
2.2. Política de Assistência Psiquiátrica no Brasil: outros caminhos na mesma viagem.....	76
2.2.1. Visitando as colônias de alienados.....	80
2.2.2. Política de saúde e política de saúde mental como problema de Estado.....	82
2.2.2.1.Origens da reforma psiquiátrica. Reforma sanitária e Sistema Único de Saúde.....	94
2.3. O destino: reforma psiquiátrica à brasileira.....	97
2.3.1. Anos 1970 e a origem do MTSM – o início da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira.....	98
2.3.2. Mudanças na política de saúde.....	100
2.3.3. Anos 80 – gestando o processo de desinstitucionalização.....	103
2.3.3.1. O projeto Paulo Delgado.....	109
2.3.4. Década de 1990.....	111

2.3.5. Ano de 2001 transformações e avanço na reforma psiquiátrica brasileira.....	115
2.3.6. Fotografia da reforma na atualidade.....	117
2.3.6.1. O CAPS como principal dispositivo da reforma.....	118
2.3.6.2. A regressão dos leitos em hospitais psiquiátricos e a inversão do investimento.....	124
2.3.6.3. Outras iniciativas do MS para compor a reforma psiquiátrica.....	126

3. REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	135
3.1. Planejamento da Viagem – o embarque na proposta da pesquisa.....	135
3.1.1. O porquê da viagem (ou justificativa).....	137
3.1.2. Trilhando os caminhos (o método).....	139
3.1.3. Tipo de pesquisa.....	144
3.1.4. Técnicas de pesquisa.....	145
3.1.4.1. Levantamento da bibliografia: fontes.....	146
3.1.4.2. Levantamento das soluções.....	152
3.2. Relato e análise da viagem.....	154
3.2.1. As Conferências e o processo de desinstitucionalização no Brasil.....	159
3.2.2. A legislação de saúde mental.....	171
3.2.3. A produção científica e a desinstitucionalização.....	174
CONCLUSÃO.....	182
REFERÊNCIAS	189
ANEXOS.....	203

INTRODUÇÃO

O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil tem origem no ano de 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), após uma greve de residentes e denúncias no Rio de Janeiro contra as más condições de trabalho, bem como as péssimas estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos. A grande repercussão desse movimento é considerada o dispositivo do processo de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003). Desde então, muitos têm sido os movimentos e lutas na construção da reforma psiquiátrica no País, envolvendo trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

Um dos momentos cruciais do processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Essa legislação, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, representa um marco na história da luta pela reforma no Brasil, já que estabelece, legalmente, a construção de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental no âmbito do território nacional.

Atualmente, o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, oferece uma série de incentivos e fontes de financiamento para a criação de serviços extra-hospitalares de cuidados em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Centros de Convivência, entre outros) e efetivamente vem diminuindo o número de leitos em hospitais psiquiátricos.

Lancetti (1990) afirma que a principal fonte inspiradora da experiência brasileira de reforma psiquiátrica foi a desinstitucionalização italiana¹. A experiência italiana de reforma propunha que não bastava trocar o “local” do tratamento ao portador de transtorno mental, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar, pensar e lidar com ela. Para os italianos, tratava-se de colocar a doença entre parênteses e cuidar da pessoa. A experiência dos italianos, liderada por Franco Basaglia, diferenciou-se de todas as outras experiências de reforma psiquiátrica exatamente por esse fato. Partindo da crítica ao modelo manicomial, os italianos acabaram por construir um outro modelo de entendimento da loucura e a propor uma outra psiquiatria. Ao abordar o saber psiquiátrico de forma crítica e dialética, lutaram para constituir um movimento de desconstrução desse saber e buscaram, ao reconstruí-lo, demonstrar toda a opressão e dominação que carrega o conceito de “doença mental” e o de loucura. Construíram, assim, um paradigma de desinstitucionalização.

Pode-se caracterizar resumidamente esse paradigma pelo fato de, partindo da noção de desmonte da instituição psiquiátrica, propor uma transformação de toda a estrutura social. Tal questão se torna mais clara quando retomamos uma afirmação de Basaglia: “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29). Esse é o grande marco do paradigma italiano, segundo nosso entendimento. A idéia é de que a reforma psiquiátrica extrapola a discussão da psiquiatria e da medicina, ou seja, desterritorializa a loucura do campo da psiquiatria e alcança um patamar diferente: a

¹ A experiência italiana será analisada nesta tese, mas cabe aqui ressaltar que se trata da experiência originada, na cidade de Gorizia, por Franco Basaglia e sua equipe, e seguida na cidade de Trieste, o que culminou na aprovação da Lei 180, no ano de 1978.

discussão sobre (contra) a exploração da sociedade capitalista e a busca pela construção de outras relações em seu lugar.

Partindo das noções de institucionalização e de poder institucionalizante o processo italiano de desinstitucionalização voltou-se para dois aspectos: (a) a luta contra a institucionalização do ambiente externo – aspirava-se a uma transformação no âmbito da sociedade, na forma como esta lidava com a loucura e (b) a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar (institucionalização do médico, dos enfermeiros e do doente) (AMARANTE, 1996).

Desse modo, esta tese analisa o processo de reforma psiquiátrica brasileira à luz desse paradigma. Procuramos desvendar a experiência brasileira, evidenciando o quanto de desinstitucionalização o País tem promovido, assim como demonstrar as características genuinamente brasileiras desse processo.

O interesse pela temática surgiu do nosso envolvimento com a construção da rede de serviços substitutivos de assistência à saúde mental na cidade de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul. A experiência no próprio serviço em que atuávamos como assistente social, no caso, um Centro de Atenção Psicossocial do tipo CAPS II², trazia, para nós e alguns membros da equipe mais identificados com a questão antimanicomial, uma inquietação com relação ao “quanto de novo o trabalho extra-hospitalar constrói com relação à liberdade dos sujeitos, busca de autonomia, ‘descentração’ do poder médico (da equipe, no caso)? O que produzíamos de diferente do hospital? O “nosso” serviço não estaria (re)produzindo institucionalizados em um outro espaço institucional?” Tais inquietações nos motivaram a participar de alguns encontros, a escrever alguns trabalhos sobre a nossa experiência cotidiana no CAPS, a lutar, em muitas reuniões, pela “ampliação”

² A Portaria GM 336/2001 (BRASIL, MS, 2001) categoriza os Centros de Atenção Psicossocial em três tipos: CAPS I, CAPS II e CAPS III. O que os diferencia é a forma de organização, responsabilidade e abrangência no que se refere ao atendimento.

da reforma, a envolver-nos com a criação e funcionamento da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas, entre outras ações que entendíamos nos manter “acordados” para a necessidade de ir além de construir serviços de saúde mental extra-muros do hospital. Assim, passamos a discutir diversas questões com as estagiárias que estavam sob nossa supervisão e com alunos da Escola de Serviço Social os quais se interessavam pela problemática e com ela se envolviam, até decidirmos que nossa tese de doutoramento versaria sobre o tema.

A princípio, pensamos em efetivar uma análise sobre os serviços, sua eficiência na vida dos usuários, as mudanças que haviam produzido (ou não), uma discussão sobre a tão cara “reabilitação psicossocial”. No entanto, entraves políticos (troca de administração e um profundo retrocesso na política de saúde mental da cidade), funcionais (o tempo... esse eterno inimigo da criação!) e também algumas questões pessoais nos fizeram redefinir o projeto e buscar estudar uma questão anterior à análise da experiência específica de uma cidade.

O que *a priori* pareceu “reduzir” a pesquisa, mostrou-se como uma necessidade importante para a história da reforma psiquiátrica brasileira, a nosso ver. Tratava-se de conhecer as balizas entre as quais temos construído esse processo e, desse modo, conhecer mais a fundo a própria experiência.

O que pretendemos, de fato, é analisar a reforma psiquiátrica enquanto processo social, ultrapassando os limites da discussão da política social da reforma psiquiátrica. Entendemos que a construção da política social é parte importante da reforma psiquiátrica, mas que a real desconstrução do “aparato manicomial” para tratar a questão da loucura implica, necessariamente, uma transformação em outras

dimensões no que se refere essa temática, tais como a dimensão conceitual, a técnica, a cultural, e a política.

Nesse sentido, pensamos que o referido paradigma italiano de desinstitucionalização constituía referencial fundamental para analisarmos o processo brasileiro e definimos como problema de pesquisa: **Como o processo de reforma psiquiátrica brasileiro incorporou a perspectiva de desinstitucionalização italiana?**

Esse questionamento serviu de “norte” para a viagem que temos realizado através do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e que demonstraremos nesta tese. Como movimento essencial para percorrer esse caminho que ajuda a descobrir de que forma a reforma psiquiátrica brasileira tem se materializado, utiliza-se a metáfora da viagem. Viagem, que, ao definir seu percurso, tenta enfrentar os desafios e reconhecer as potencialidades do movimento social que se criou em torno do tema.

Assim, com o intuito de demonstrar esta viagem pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira, a tese está estruturada em três capítulos. No primeiro, realizamos uma viagem sobre o cuidado na loucura no mundo, desde o século XVII. Buscamos demonstrar como a problemática da loucura tornou-se um “problema” para a sociedade europeia e, posteriormente, foi capturada pela psiquiatria, tornando-se “verdade médica”. O capítulo apresenta, também, a origem da psiquiatria, suas transformações e críticas, bem como as experiências de reforma psiquiátrica, ocorridas no pós-Segunda Guerra Mundial. Ainda nesse capítulo, buscamos identificar o paradigma da desinstitucionalização italiana, suas características, seus pressupostos e sua relação com a reforma psiquiátrica.

O segundo capítulo discorre sobre a escala realizada na história brasileira de cuidado com o louco e a loucura. Procuramos evidenciar as circunstâncias do surgimento do manicômio no Brasil, o desenvolvimento das ações públicas de cuidado com a loucura e o desenvolvimento da política de saúde mental no País. Além disso, apresentamos a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, o surgimento do Movimento Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o contexto em que os ideais do movimento pela reforma psiquiátrica são adotados oficialmente pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e as principais estratégias deste para efetivá-la. Nesse capítulo, problematizamos alguns dispositivos estratégicos da reforma, salientando os riscos de institucionalizar, ao invés de desinstitucionalizar.

Finalmente, no terceiro capítulo, apresentamos o caminho percorrido para dar concretude à viagem. Aqui, as indagações tomam o rumo do desvelamento da questão central da pesquisa. Assim, nesse capítulo, além de estar explicitado o caminho metodológico percorrido, encontramos, também, os achados da pesquisa realizada, buscando identificar se as fontes analisadas apontam características de desinstitucionalização na experiência brasileira de reforma psiquiátrica.

Por fim, apresentamos nossas conclusões. É preciso reiterar que no fim de uma caminhada, os achados nos conduzem a outros questionamentos, abrindo novos caminhos, outras estradas, que se apresentam abertas para serem percorridas, mas, agora, com o salto de qualidade que o método nos oferece. Os conhecimentos produzidos, apresentam-se para ser rebatidos, criticados, melhorados. Como assistente social, o caminho trilhado nos reafirma a certeza da permanente busca pelo conhecimento como um mecanismo fundamental para que se possa fortalecer a constante luta por uma sociedade justa e livre dos manicômios.

Assim, é preciso reafirmar que utilizamos a metáfora da viagem por duas razões que se relacionam. Primeiramente como uma tentativa de tornar mais leve a tarefa acadêmica de produzir em um prazo determinado, cumprindo paralelamente obrigações determinadas. Este cotidiano que nos aprisiona e porque não dizer, enlouquece, nem sempre permite que a produção seja desejante e criativa. Por horas, parecia-nos que o tempo e as inúmeras atividades nos faziam “funcionar” como um relógio batendo no descompasso das horas. A idéia de “viajar” pela temática proposta teve o significado de uma “fuga”, um permitir-se navegar, pairar, conhecer a realidade a ser analisada como quem passeia por um lugar desconhecido. Aí, liga-se ao segundo motivo pelo qual escolhemos “viajar” pela reforma psiquiátrica. A escrita e, conseqüentemente, a leitura, tornam-se mais leves e mais agradáveis.

Desejamos a todos uma boa e instigante viagem, na certeza de que esta é muito mais um ponto de partida para reflexões, questionamentos e superações do que um ponto de chegada, como um final.

1. PRIMEIRA ESCALA - VIAGEM DA LOUCURA: EMBARCANDO NA NAU RUMO À CIDADANIA DO LOUCO

Nossa viagem para compreender o processo brasileiro de reforma psiquiátrica inicia fazendo uma escala, buscando conhecer a trajetória do cuidado com a loucura desde a Grande Internação no século XVI (FOUCAULT, 2004) até os movimentos denominados “reformas psiquiátricas” no século XX. Nesse percurso, alguns autores nos serviram como “guias” para que pudéssemos percorrer os caminhos e desvendar as características e fatos importantes no trajeto. Destacamos, entre eles, Foucault, Pessotti, Frayse-Pereira, Desviat, Castel, Birman e Costa, e Amarante.

Nosso intento, nessa escala foi recuperar a história do trato com a loucura através do século, buscando caracterizar as diferentes experiências de reformas psiquiátricas. A partida se deu através do embarque na Nau dos Loucos.

A psiquiatria nasceu de uma reforma e, desde então, vem se transformando e metamorfoseando¹ ao longo de sua história. Para que se possa entender o surgimento, desenvolvimento e consolidação da psiquiatria como “o” campo do saber com competência para cuidar, tratar e explicar a loucura, faz-se necessário entender o movimento da história que transformou a loucura em doença mental.

A loucura nem sempre foi considerada uma doença passível de diagnóstico, tratamento e cura ou, ainda, desvio, erro passível de correção e/ou punição. Nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional/técnica para

¹ O sentido de metamorfose será o mesmo utilizado por Castel (2003), na medida em que se transforma mas não altera a essência.

tratá-la, ou em transformá-la em objeto de estudo de um determinado campo do saber.

Muitos autores (FOUCAULT(2004), PESSOTTI(1994, 1996 E 1999), FRAYZE-PEREIRA(2002), entre outros) analisaram o processo de transformação do entendimento da loucura e, conseqüentemente, do louco na sociedade. Entretanto, a obra que mais freqüentemente tem sido utilizada como referência nesse assunto é a tese de doutoramento de Michel Foucault, publicada, no Brasil, com o nome “História da Loucura na Idade Clássica” (Foucault, 2004). Nela, o autor percorre as mudanças de significados pelos quais a loucura passou até adquirir o status de “doença mental” e, assim, passar a necessitar de uma especialidade dentro da Medicina e de um conjunto de normas, definições, conceitos e significados que irão compor a instituição psiquiátrica e a psiquiatria. Destaca três grandes momentos que marcaram as transformações na loucura: Idade Média, a Grande Internação e os tempos contemporâneos.

Até a Idade Média, a loucura é entendida como uma experiência trágica. Não era atribuída a ela uma questão moral, de conduta, de certo ou errado. Como a maioria das questões que envolviam a humanidade, a loucura recebia uma explicação mística (Foucault irá chamar de visão cósmica). Porém, no final da Idade Média, a loucura passará a inserir-se em um universo moral, ocupando, segundo Foucault, o primeiro lugar na hierarquia dos vícios do homem.

Na Idade Moderna, mais especificamente no século XVI, a loucura irá ser confiscada por uma razão dominadora. Baseada na máxima “Penso, logo existo”, de Descartes, a humanidade passa a entender e ver a loucura “em relação” à sanidade e, ao louco, como alguém desprovido de razão e, portanto, distante da verdade². O

² Na filosofia de Descartes, a loucura vê-se privada do direito a alguma relação com a verdade.

racionalismo moderno irá separar a sabedoria da loucura. Se for sábio , não pode ser louco. Se for louco, não pode ser sábio.

A experiência trágica e cósmica viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica e, através dela, a experiência moderna de loucura não pode ser considerada como figura total, que finalmente chegaria por esse caminho, a uma verdade positiva; é uma figura fragmentária, que de modo abusivo se apresenta como exaustiva (FOUCAULT, 2004, p. 29).

Sobre essa passagem na percepção social da loucura de uma visão trágica para uma visão crítica, Amarante (1995) afirma que, enquanto a primeira visão reservava um lugar social reconhecido no universo da verdade, a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Esse lugar de exclusão será o hospital, que irá também passar por uma transformação, conforme demonstraremos a seguir.

1.1. O trato com a loucura a partir do século XVII – a Grande Internação

A era moderna compreende o período entre os séculos XV e XVIII e, segundo Amarante (2003a), caracteriza-se por três fenômenos: a estruturação do Estado, a urbanização e a industrialização. Tais características provocaram uma série de transformações na sociedade europeia, as quais podem ser demonstradas nas artes, na cultura, na economia, na política, entre outras áreas. Se, na Idade Média, os homens eram considerados criaturas de Deus, na era Moderna passavam a ter o

registro de cidadão, no sentido de pertencimento a uma cidade, a um Estado. Além disso, a necessidade de se fortalecer estas cidades e o Estado passavam a se constituir como um novo ideal.

O aumento da pobreza e da mendicância tornava-se um problema a ser enfrentado pelas cidades, e esse enfrentamento se deu com a criação e disseminação, por toda a Europa, de instituições que teriam, como função, o abrigo e recolhimento das pessoas que não conseguiam, ou não queriam trabalhar.

A criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, foi o marco do fenômeno vivenciado, nesse século, denominado por Foucault como Grande Internação. Esse marco não se refere somente ao enclausuramento ou internação da loucura, mas à exclusão dos pobres em geral, como afirma Desviat (1999):

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção (DESVIAT, 1999. p. 15).

O pensamento de Foucault sobre a “Grande Internação” combina com o de Desviat. Para Foucault, a Grande Internação servia à ocultação da miséria diante das transformações da sociedade, que se moldava ao modo capitalista de produção.

Assim, até o final do século XVIII, a assistência³ aos loucos não irá ser diferente daquela dispensada às outras pessoas que não se encontram em condições de garantir o próprio sustento.

³ Segundo Robert Castel, assistir corresponde ao conjunto de práticas que se inserem numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de população carentes e pela necessidade de atendê-las. O autor afirma, em sua obra “As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário”, que há, em todos os momentos históricos, um aparato social-assistencial destinado a assistir àqueles que não têm condições de se sustentar. (CASTEL, 2003).

O Hospital Geral⁴ tinha, como objetivo principal, recolher os pobres e era uma terceira esfera de repressão, junto com a polícia e a justiça. Nesse período, a preguiça e a ociosidade ocupavam o primeiro posto na hierarquia dos vícios (FRAYZE-PEREIRA, 2002), e o trabalho era considerado como moralmente obrigatório. Havia duas formas de internação: por ordem do Rei (através das Lettres de Cachet⁵) ou de forma voluntária, a pedido da família.

O novato Hospital Geral hospedava todo tipo de gente. Servia de hospedaria aos indigentes, miseráveis, pobres de todo gênero. Hospedava a todos que, por alguma razão, não se ocupavam do trabalho. A característica comum aos internos era a incapacidade ou inaptidão para o trabalho. Nas palavras de Foucault, com relação ao hospital geral: “o que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho” (FOUCAULT, 2004, p. 64).⁶ Ao contrário de uma hospedaria comum, o Hospital Geral hospedava, na maioria das vezes, compulsoriamente. Servia, portanto, como um mecanismo de controle do Estado sobre a população.

A internação não tinha nenhuma vocação médica. Tratava-se de uma medida assistencial. O hospital deveria cuidar daqueles que a sociedade não queria ou não podia fazê-lo. Coincide com as primeiras medidas de proteção social desenvolvidas na Europa que tinham, segundo Vianna (2002), o fim de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação ao assalariamento.

⁴ É importante destacar que, antes do Hospital Geral, os hospitais existentes haviam sido criados, em sua maioria, pela Igreja Católica, para que se cumprisse a caridade cristã. O Hospital era, portanto, uma instituição religiosa, filantrópica, de caridade e de assistência aos pobres e desamparados. Serviam ao objetivo de “hospedar” os devassos, prostitutas, delinqüentes, pobres, desabrigados, os doentes e os loucos. A transformação do hospital de caridade em hospital como uma estrutura semijurídica (FOUCAULT, 2004) correspondeu à necessidade de assistir e controlar a pobreza que crescia de forma surpreendente nesse período.

⁵ Lettres de Crachet eram uma espécie de “mandado” expedido pelo Rei, que determinava a “internação” daqueles que por alguma razão eram considerados “fora da ordem”

⁶ Cabe destacar que, durante a Idade Média, já havia medidas de repressão contra a pobreza, como afirmam Castel (1978) e Foucault (2004).

Nesse sentido, Castel (1978) afirma que a Grande Internação deve ser lida como uma continuidade, e não com uma ruptura no que diz respeito às políticas do século XVI, diante do grande aumento do número de mendigos, que poderiam vir a se tornar uma espécie de povo independente. A reclusão seria, conforme esse autor, um meio para restaurar o pertencimento comunitário. Eram reclusos os mendigos domiciliados (de cada cidade ou que tivessem alguma espécie de vínculo com a cidade). Dessa forma, Castel considera que as técnicas do hospital são técnicas de inclusão, e não de exclusão, já que buscam tornar o indivíduo apto a ser membro útil ao Estado.

A esse respeito, Foucault (2004) já afirmara que, considerando as medidas anteriores do “trato” com a pobreza, o hospital demarcava a primeira vez em que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção em que os “desocupados” não eram mais sujeitos à exclusão por si só, mas pretendia-se oferecer a eles algum tipo de “cuidado”. De fato, os dados sobre a pobreza e a mendicância, no período em questão, não possibilitavam simplesmente expulsar os pobres, visto que o grande número de mendigos nas cidades européias era suficiente para demonstrar que, de alguma forma, eles faziam parte das mesmas.

A prática da internação espalhou-se pela Europa, e vários países passaram a criar suas “casas” de internação. Se, na França criou-se o Hospital Geral, na Alemanha, criaram-se as Casas de Detenção (a partir de 1620), a Inglaterra tinha suas Casas de Correção (desde 1575), e a Escócia, suas Casas de Trabalho (1670) (AMARANTE, 2003a). Tal prática designou uma nova relação com a miséria e despojou-a de sua positividade mística através de um duplo movimento do pensamento: a) protestantismo – a miséria é castigo; e b) catolicismo – a miséria

refere-se à moral. Seja como for, a miséria precisa ser banida, de alguma forma. Precisa ser enfrentada, e o internamento é o caminho. Cabe ressaltar que a questão da pobreza passou a ser um problema a ser tratado pelo Estado, ou seja, tornou-se uma questão pública.

Dessa forma, o caminho adotado para o cuidado com a pobreza e a loucura foi a internação. Os loucos, como os outros internos, foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaurava na sociedade europeia e, além disso, representavam uma “aberração” irracional diante do novo mundo, no qual a razão ocupava o lugar central. Durante todo o século XVII e boa parte do século XVIII, os hospitais⁷ foram a forma de se “cuidar” dos loucos. Reiteramos que, nesse período, não havia nenhuma preocupação médica para com a loucura, e o hospital (ainda que, em alguns, houvesse doentes e médicos) não tinha função médica também. Somente no final do século XVIII essa situação será modificada e a loucura passará a ter status de doença mental. Surgirá uma área do saber própria para tratá-la como tal: a psiquiatria, bem como um lugar específico: o manicômio. Esta será nossa próxima parada nesta escala da viagem.

1.2. Nasce a psiquiatria: saber e lugar específico para a loucura e o louco

O século XVIII vivenciou uma série de transformações sociais, econômicas e políticas. Além das transformações no modo de produzir, com a implantação e

⁷ Estamos referindo-nos a todas as casas destinadas a recolher os pobres. Conforme já foi citado nesta tese, os países as nomearam de maneiras diferentes.

desenvolvimento do modo capitalista de produção, ocorreram mudanças na organização política, e também, nas relações sociais da sociedade europeia. Segundo Hobsbawm (1996), tais mudanças são concretizadas através da dupla revolução ou das revoluções gêmeas (francesa e industrial), que revolucionaram não só a Europa, mas também o mundo, inventando palavras (fábrica, classe média, proletariado, capitalismo, entre outras) e formas de organização as quais demonstravam que o mundo jamais seria o mesmo. Para o autor, a revolução que eclodiu entre 1789 e 1848, “constitui a maior transformação da história humana desde os tempos remotos quando o homem inventou a agricultura e a metalurgia, a escrita, a cidade e o Estado” (1996, p.17). O grande triunfo dessa revolução foi a implantação da sociedade capitalista, através da instauração da hegemonia burguesa do modo de organizar e pensar a vida social.

Com relação à temática desenvolvida nesta tese, a grande transformação se deu com relação ao fato de a ciência adquirir o status de fonte da verdade. A Revolução Francesa, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, sepultou definitivamente a verdade como uma explicação mística e dotou os homens do poder de agir e transformar a realidade, e a ciência, de explicá-la. Assim, passa a ser verdadeiro o que é cientificamente comprovado.

Ora, se a lei não era mais privilégio do rei ou do clero, se ao cidadão competia escolher, decidir, construir a nova sociedade, então, qual seria a ordem, a racionalidade que deveria guiá-los no caminho certo? A ciência. A ciência assumia neste contexto a palavra da verdade, da objetividade, da ordem e da moral. Construída pela Razão humana, seria a única possibilidade de se chegar à verdade das coisas e dos fatos (AMARANTE, 2003a, p. 46).

Dentre os muitos resultados dessas mudanças, enfatizamos a transformação do hospital numa instituição médica. Ainda que de forma muito breve, abordaremos a questão da captura do hospital pela medicina e, conseqüentemente, da loucura, pela psiquiatria.

De acordo com Foucault (2004), o que possibilitou a medicalização do hospital foi a introdução dos mecanismos disciplinares em seu interior. Embora considerando que a disciplina já fazia parte da história da humanidade há bastante tempo, o autor afirma que os princípios fundamentais da disciplina, enquanto tecnologia política, foram elaborados durante o século XVIII, como uma nova técnica de gestão e controle dos homens. Esse ordenamento disciplinar teria resultado de uma série de visitas realizadas aos hospitais da Europa no século XVIII, as quais teriam demonstrado que esses estabelecimentos, enquanto lugares de exclusão e concentração de doenças e mortes, eram lugares insalubres e de desordem, devendo ser objeto de higienização da medicina social.

Essas visitas-inquérito tinham, por finalidade, definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, desenvolver uma espécie de catalogação dos doentes, número de leitos, mapeamento das salas, taxas de mortalidade e de cura; enfim, obter-se um retrato da situação dos estabelecimentos com vistas a evitar que as doenças se propagassem e ameaçassem a sociedade europeia da época. Tais visitas e seus respectivos diagnósticos eram realizados não por arquitetos, mas por médicos ou profissionais próximos à área médica.

Além da introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital, a transformação no saber médico também demarcou o nascimento do hospital como espaço médico de tratamento e busca da cura. A medicina do século

XVIII fundamentava-se no sistema epistemológico das ciências naturais, especialmente, da botânica.

Isso significa a exigência da doença ser compreendida como um fenômeno natural. Ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta. A doença é a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo (FOUCAULT, 2004, p. 107).

Dessa forma, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar irão originar o nascimento do hospital como espaço médico. Os dois fenômenos irão se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá, por função, “assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes estão colocados” (FOUCAULT, 2004, p. 108). Transforma-se, assim, o hospital, que passará a ter três características fundamentais: a) grande preocupação com a organização interna. “A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura” (p. 108-9); b) transformação no sistema de poder no interior do hospital. O médico passa a ser o principal responsável pela organização do mesmo, e c) organização de um sistema de registro permanente e, se possível, exaustivo do que acontece no hospital. O hospital passa, então, a ser espaço de formação médica.

Paralelamente a esse fenômeno de transformação do hospital em espaço médico, Amarante(2003a) assinala o nascimento da psiquiatria, que tem, como ícone, Philippe Pinel. Em 1793, Pinel foi designado médico-chefe do hospital de Bicêtre, que era uma instituição de assistência filantrópica e social, com uma grande variedade de pessoas internadas. Lá, opera os primeiros momentos da

transformação do hospital. Manda desacorrentar os alienados e inscreve sua alienação na nosografia médica. Esquadrinha o Hospital Geral e reserva um espaço rigorosamente médico para os alienados. Para Pessotti(1996), Pinel realizou uma verdadeira revolução na teoria da loucura, em sua época, por duas questões: a) atribuir uma origem passional ou moral para a alienação mental; e b) redefinir totalmente as funções do manicômio, que passa a ser considerado um instrumento de cura, como veremos. Também Birman (1978) considera que Pinel empreendeu a primeira revolução psiquiátrica. Para Amarante (2003a), a grande contribuição de Pinel foi trazer a problemática da loucura para a medicina. Em outras palavras, atribuir à loucura o sentido de doença.

Com ele, “a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante”. Se, por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade” (AMARANTE, 2003a , p.42).

Assim, para Pinel, a loucura – a alienação mental – é, fundamentalmente, um distúrbio das paixões, e o seu tratamento deve reeducar a mente alienada. A “tecnologia pineliana” (Castel, 1978), compreendia as seguintes estratégias: a) isolamento do mundo exterior; b) a constituição da ordem asilar; e c) a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Pinel acreditava que, para conhecer um objeto, seria necessário isolá-lo das interferências externas. Refere-se à condição *in vitro*. Uma vez isolado, o objeto poderia ser mais bem observado como

pré-condição para o sucesso das outras etapas do método científico experimental, ou seja, observar, descrever, comparar e classificar. O isolamento seria a maneira de separar e ordenar as categorias que se apresentam misturadas no Grande Enclausuramento (AMARANTE, 2003a). Passou, então, a organizar uma nosografia das doenças, das alienações mentais.

Na medida em que as doenças iam sendo identificadas ou diagnosticadas, eram agrupadas – tanto no sentido institucional, isto é, fisicamente, em salas específicas, como, por exemplo, salas apenas com febris, outras com traumatizados, outras ainda com portadores de doenças de pele, e assim por diante-, quanto no sentido teórico, em nosografias, ou seja, em classificações (AMARANTE, 2003a, p. 16).

Desse modo, a partir do princípio do afastamento, ia separando e agrupando os diferentes tipos de alienações e delírios, comparando-os entre si, a partir de uma rigorosa e permanente observação dos enfermos. Para Pinel:

É impossível distribuir os loucos cuja loucura se pretende tratar como se distribui doentes comuns ou mulheres grávidas. Um hospital é, de certa forma, um instrumento que facilita a cura; porém existe uma grande diferença entre um hospital de febris feridos e um hospital de loucos curáveis; o primeiro oferece somente um meio de tratar com maiores ou menores vantagens, em função de ser mais ou menos bem distribuído, ao passo que o segundo, tem ele próprio, função de remédio (Pinel, apud AMARANTE, 2003a, p. 16).

O conjunto de estratégias voltadas para a reeducação da mente alienada proposto por Pinel é conhecido como Tratamento Moral. Funcionaria como uma polícia interior. Dava-se, inicialmente, com o próprio regime disciplinar do asilo, mas também com a instituição do trabalho terapêutico. Dessa maneira, a tecnologia pineliana inaugurava um novo estatuto para a loucura: o de doença mental e

conseqüentemente, para o louco: o de doente mental, necessitando, portanto, de cuidado e tratamento, só disponível na estrutura asilar do tratamento moral, como sintetiza Birman:

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam esta prática clínica. O asilo é criado, aparecendo como figura histórica, tornando-se o lugar adequado para a realização desta cura (BIRMAN, 1978, p. 02).

Internada em hospital específico, a loucura, agora “batizada” de doença mental, permaneceu até meados do século XX e a psiquiatria manteve seu título de “a” ciência que pode e deve tratá-la e curá-la.

1.3. Século XX – reformas psiquiátricas

Embora a estrutura asilar de Pinel e dos alienistas já houvesse sofrido críticas e enfrentamentos no interior da medicina com relação à cientificidade do “tratamento moral”⁸, somente no século XX, no período pós-Segunda Guerra, é que as críticas, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios, vão crescer e impor mudanças ou “reformas” no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico.

Segundo Birman e Costa (1994), a crise da psiquiatria no pós-guerra se evidenciou porque fundiu preocupações de duas ordens: por um lado, a preocupação dos próprios psiquiatras com relação à sua impotência terapêutica; por

⁸ A esse respeito ver, entre outros, Amarante (1996).

outro, as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua conseqüente incapacidade social. Dessa forma, a psiquiatria social aparece, transferindo o campo da atuação da psiquiatria da doença mental para a saúde mental.

Várias experiências de transformação do hospital psiquiátrico passaram a ser desenvolvidas, sobretudo, a partir da década de 1940. A literatura divide as experiências em três grandes grupos: um primeiro, que tinha como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional); um segundo grupo, que assumia a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Comunitária – ou Preventiva); e um terceiro grupo, que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana).

Todos esses modelos de reforma têm, em comum, o fato de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico. Todos eles partem do pressuposto de que o hospital não recupera nem auxilia na recuperação dos internos. Entretanto, com exceção da antipsiquiatria e das experiências italianas, as reformas se limitaram à crítica ao hospital psiquiátrico, em si. Ou seja, limitaram-se a buscar um outro lugar para tratar os ditos loucos sem, contudo, questionar ou criticar a própria concepção de doença mental, o saber psiquiátrico a psiquiatria (AMARANTE, 2003a).

O alcance e sentido dessas experiências reformadoras serão marcados pela peculiaridade dos países em que ocorreram e pelo seu contexto sócio-histórico e econômico. Além disso, podemos afirmar que as experiências pioneiras influenciaram as que as seguiam, havendo uma espécie de aprimoramento do processo de reforma psiquiátrica, conforme veremos a seguir.

1.3.1. O cenário das reformas

A Segunda Guerra Mundial subverteu a estabilidade econômica e a política mundial, sobretudo na Europa. De acordo com Birman e Costa(1994), boa parte da mão-de-obra européia fora lançada às frentes de batalha, gerando profundas fissuras na fragilizada economia. Os autores destacam que, só na França, quarenta mil doentes mentais morreram nos asilos devido às más condições e à falta de alimentação. Diante dessa crise, reforça-se o papel do Estado, enquanto gerente de trocas, e este assume a saúde como sua obrigação e encargo. Se, antes, o Estado assegurava o direito à vida, agora deveria assegurar o direito à saúde (BIRMAN E COSTA, 1994). O Estado passa a legislar sobre a questão do cuidado dos doentes mentais.

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho. As Comunidades Terapêuticas surgiam do impacto causado pelas novas condições de vida (BIRMAN E COSTA, 1994, p. 46-7).

O responsável pela deterioração dos pacientes, pela produção e manutenção da doença passa a ser o hospital psiquiátrico. Assim, uma série de experiências visando a transformar o espaço asilar e o tratamento dado à loucura passou a ser desenvolvida, como demonstraremos a seguir.

1.3.2 Comunidade Terapêutica

A denominação Comunidade Terapêutica foi criada por T. H. Main, em 1946, na Inglaterra. A consagração desse modelo de reforma psiquiátrica se deu em 1959, com Maxwell Jones. Amarante (2003a) define o modelo da Comunidade Terapêutica como sendo um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço do hospital psiquiátrico, marcado por medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos.

O quadro crítico dos hospitais psiquiátricos e as críticas desenvolvidas aos mesmos possibilitaram que propostas de reformulação do espaço asilar que, em outros momentos, haviam sido desacreditadas ou não consideradas ganhassem espaço. Esse é o caso da terapia ocupacional, de Hermann Simon, do tratamento grupal de Sullivan e Menninger e do envolvimento de pacientes e familiares no tratamento, de Maxwell Jones (AMARANTE, 1995).

Jones, aliás, foi o principal autor e operador da Comunidade Terapêutica. Organizou grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetivando envolver o sujeito com sua própria terapia e com a dos demais. Através da concepção de comunidade, buscava desarticular a estrutura hospitalar tida como segregadora e cronificadora. Considerava conceito chave o de “aprendizagem ao vivo”, que significa utilizar as experiências vivenciadas no cotidiano do hospital como uma forma de exercitar as experiências de vida fora do hospital, ou seja, tratava-se de vivenciar “ensaios do agir”.

São princípios das comunidades terapêuticas, segundo Desviat (1999): liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise de tudo que acontece na instituição por meio de reuniões diárias dos pacientes e do pessoal técnico; tendências a destruir as relações de autoridade tradicionais, num ambiente de extrema tolerância, atividades coletivas (festas, bailes, passeios) e a presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

A crítica às comunidades terapêuticas refere-se ao fato de que esse modelo e seus operadores não questionavam o lugar onde se desenvolvia a prática psiquiátrica, o próprio conceito de doença mental e a relação entre a doença mental e a sociedade.

A experiência das comunidades terapêuticas representou uma real humanização dos hospitais psiquiátricos e constituiu a base sob a qual a proposta de desinstitucionalização italiana irá ser construída, conforme veremos posteriormente.

1.3.3 Psiquiatria de Setor

A chamada Psiquiatria de Setor desenvolveu-se na França, a partir de 1945. Apresentou-se como um movimento de contestação à psiquiatria asilar, anterior às experiências de psicoterapia institucional. O movimento da psiquiatria de setor inspirou-se nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas que reivindicavam transformações no manicômio.

Amarante (1995 e 2000) afirma que os franceses consideravam a estrutura do hospital psiquiátrico alienante. Por isso, era necessário encontrar outros lugares para que a psiquiatria pudesse atuar buscando seus ideais de tratamento e cura. O hospital seguiria sendo uma outra opção. O atendimento no hospital corresponde a uma etapa do tratamento, mas a principal parte se daria nos setores.

As cidades francesas foram divididas em áreas geográficas, e cada uma delas passou a ter uma equipe técnica responsável pelo atendimento psiquiátrico de sua população. O hospital era, também, dividido de acordo com os setores onde viviam os pacientes, e as equipes eram as mesmas.

Uma questão importante a ser destacada é que os serviços no setor deveriam proporcionar não apenas o tratamento das doenças mentais, mas igualmente sua prevenção e o pós-cura, através de atividades de reabilitação e reinserção social.

Na década de 60, a psiquiatria de setor foi incorporada como política oficial francesa de assistência psiquiátrica.

A psiquiatria de setor, assim como o modelo anteriormente apresentado, não extinguiu o hospital psiquiátrico. O hospital, como já foi dito, fazia parte do circuito de atendimento à saúde mental e, também, não operava nenhum tipo de transformação na forma de a sociedade entender e tratar a psiquiatria e a loucura.

1.3.4. Psiquiatria Preventiva (ou comunitária)

Nasce nos Estados Unidos, na década de 1960, com Geral Caplan e pretende-se que seja a terceira revolução psiquiátrica (depois de Pinel e Freud) pelo fato de visar tanto o tratamento da doença mental, quanto à promoção da saúde

mental. Com a psiquiatria preventiva, houve uma substituição do objeto da psiquiatria da doença mental para a saúde mental.

Em 1955, foi realizado um censo que demonstrou as péssimas condições de assistência psiquiátrica nos EUA, apontando necessidades de medidas saneadoras urgentes. Havia, segundo Amarante(2000), cinqüenta mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos nos EUA, nesse período. Como resposta ao censo, o presidente Kennedy lança um documento em 1963 determinando a criação de um Centro de Saúde Mental Comunitária para cada cinqüenta mil habitantes: tratava-se do Plano Nacional de Saúde Mental. Tal plano tinha, como um de seus principais objetivos, a redução de gastos através de dispositivos para prevenir e tratar a doença.

Entre as inovações trazidas pelo modelo da psiquiatria comunitária, podemos destacar as seguintes: o caráter preventivo, o trabalho em equipe multidisciplinar e a intersectorialidade (integração e articulação com outros setores da sociedade). A fonte teórica dessa experiência era o preventismo de Caplan, que afirmava ser necessário prevenir e/ou detectar a doença precocemente a fim de evitar seu agravamento e, assim, evitar os males sociais.

O preventismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. (...) se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 37).

Para poder prevenir, é necessário encontrar os “suspeitos” (AMARANTE,1995). A busca aos suspeitos se deu através de um questionário distribuído à população com uma série de perguntas em que as alternativas eram

sim ou não, cujo resultado indicaria os possíveis “candidatos” à ação das equipes de saúde mental.

Ainda segundo Amarante (2000), os pressupostos teóricos de Caplan eram os do Modelo da História Natural da Doença, ou seja, entende-se que, para o surgimento das doenças, deve haver um agente patogênico associado a um hospedeiro (o homem) em um meio ambiente com determinadas características. A prevenção, nesse caso, refere-se à intervenção em algum dos aspectos envolvidos nesta equação: ou se elimina o agente causador, ou se modifica o hospedeiro, ou se manipula o meio ambiente. Na saúde mental, o modelo foi adaptado em três níveis de prevenção: (a) prevenção primária – visava à promoção e prevenção da saúde mental, e constituía a maior inovação da psiquiatria preventiva; (b) prevenção secundária – pretendia diagnosticar precocemente as enfermidades e proporcionar tratamento adequado de forma rápida e eficiente para evitar o seu agravamento; e (c) prevenção terciária – buscava propiciar estratégias de reabilitação psicossocial.

O conceito chave que possibilita uma intervenção preventiva é o de crise, o qual Caplan construiu a partir de teorias sociológicas da adaptação e desadaptação.

Amarante (2000) sustenta que o preventismo foi um novo projeto de medicalização da ordem social, ou seja, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Além disso, aponta que o que havia de chocante no asilo assume uma aparência humanitária no centro de saúde mental.

O preventismo serviu de inspiração para várias experiências de desinstitucionalização, tornando-se a diretriz da maioria das iniciativas oficiais que serviram de modelo para diversos países, inclusive, o Brasil.

Em decorrência do citado Plano Nacional de Saúde Mental, surge, nos EUA, a noção de desinstitucionalização, com o sentido de desospitalização. Os programas de prevenção acarretaram um aumento de demanda nos serviços ambulatoriais sem, contudo, significar a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários.

1.3.5. Antipsiquiatria

A antipsiquiatria é um movimento de um grupo de psiquiatras ingleses¹, o qual surgiu entre o final da década de 1950 e o começo da de 1960. Desenvolve-se em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*) Representa a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença (AMARANTE, 1995).

Procura romper, no plano teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir o valor do saber médico da explicação e tratamento das doenças mentais.

A antipsiquiatria não previa um tratamento no sentido estrito do termo, mas existiam abordagens que procuravam acompanhar e auxiliar o louco em seu processo. O modelo foi o da comunidade terapêutica, mas se desenvolvia em instituições abertas, não asilares. O discurso do louco era valorizado como denunciador de uma desordem existente no “núcleo familiar”. A loucura (a

¹ Dentre eles, Ronal Laing, David Cooper e Aaran Esterson.

esquizofrenia) era entendida como um fato social, e a família tornou-se uma categoria central para a compreensão da loucura.

Conforme Amarante (2003a), para a antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico reproduzia a estrutura social e, por conseguinte, as características patogênicas da própria família. Por tal razão, propunha-se um outro lugar para a loucura. A loucura e o louco não constituíam objetos tratáveis, “curáveis”. Considerava-se, então, a psiquiatria como um instrumento de violência.

Esse movimento trouxe contribuições importantes no sentido de atribuir a questão da desconstrução ao conceito de desinstitucionalização.

1.3.6. Experiência italiana de desinstitucionalização

A experiência italiana de reforma psiquiátrica tem sido apontada como o modelo ou a inspiração para o processo brasileiro. As primeiras ações da Itália no sentido de transformar a assistência psiquiátrica limitaram-se a operar na própria estrutura hospitalar e seguiram o modelo da comunidade terapêutica.

Franco Basaglia assumiu o Hospital Provincial de Gorizia, no extremo norte da Itália, em 1961. Passou, junto com outros colegas, a operar uma série de transformações no Hospital, com a preocupação inicial de transformá-lo em um espaço de cura. No livro “A Instituição Negada”, Basaglia e seus companheiros relatam e registram a experiência desenvolvida em Gorizia, o início do que chamou de “aventura em psiquiatria”. Suas referências iniciais eram as experiências de Tosqueles (psicoterapia institucional) e de Jones (comunidades terapêuticas).

Tomou contato, também, com a obra de Foucault e Goffman. Em conferências realizadas no Brasil, no ano de 1979, Basaglia(1982) relatou que, quando assumira o Hospital de Gorizia, havia quinhentos leitos, um extremo uso de insulina e eletrochoque, bem como um domínio da miséria. Afirmou que a invenção daquela experiência foi dar um não à psiquiatria e à miséria e considerar que “o doente não é só um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (BASAGLIA, 1982).

De acordo com Barros (1994), a base da proposta da experiência italiana foi o pressuposto de que as condições de existência determinam configurações sociais de vida e de que o problema da relação médico-paciente tem o significado da natureza das relações inter-humanas presentes na sociedade. Ou seja, a experiência italiana levou em consideração, para analisar o manicômio e a psiquiatria, as relações de exploração e opressão presentes na sociedade.

Amarante (2003a) afirma que, em um dado momento, o trabalho em Gorizia concentrava-se em três grandes linhas de intervenção:

- (a) a origem e o pertencimento de classe dos internos do hospital;
- (b) a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências e
- (c) a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia.

As reflexões de Basaglia e dos reformadores de Gorizia voltaram-se para o projeto institucional da psiquiatria. Reconheceram que a liberdade é o primeiro passo para a cura do doente.

O que, no princípio, era um movimento de humanização e transformação do hospital psiquiátrico (DESVIAT, 1999) passou, no final dos anos 60, a um amplo

movimento sustentado por numerosas organizações de base (movimento estudantil, e os sindicatos de trabalhadores)².

A experiência em Gorizia se encerra com o pedido de demissão em bloco, de toda a equipe.

Em 1968, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, visto que as pessoas só permaneciam no manicômio em função da ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele. Diante das resistências impostas pelas forças políticas e administrativas, a equipe se demitiu em bloco, após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes (AMARANTE, 2003a, p. 70).

Em 1969, Basaglia esteve nos Estados Unidos, como professor convidado em um Centro de Saúde Mental, em Nova York, e conheceu as experiências de psiquiatria preventiva. Na ocasião, escreveu “Carta de Nova York”, na qual tece críticas aos movimentos da “nova psiquiatria” que permite, segundo ele, que continuem a agir as instituições de violência da psiquiatria. Conclui o texto, afirmando de forma enfática:

Quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (BASAGLIA, 2006, p. 158).

Na volta dos Estados Unidos, em 1970, Basaglia traz consigo uma série de questionamentos e passa a analisar, de forma ainda mais crítica, os limites da

² Em 1968, Basaglia e seus companheiros em Gorizia publicam a obra já referenciada nesta tese, “A Instituição Negada (relato de um hospital psiquiátrico)” na qual denunciavam a situação do manicômio e a falência desta instituição enquanto espaço terapêutico.

experiência limitada ao espaço hospitalar. Em 1971, em Trieste, inicia o trabalho de completo desmonte da estrutura manicomial e a construção de um complexo de assistência psiquiátrico comunitário, o qual ficou conhecido como desinstitucionalização (AMARANTE, 2003a).

A experiência de Trieste levou à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um “circuito” de atendimento que, ao mesmo tempo em que oferecia e produzia cuidados, oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica (ROTELLI, 2000).

Uma das primeiras atitudes de Basaglia no Hospital San Giovanni foi a contratação de pessoal. Baseado nos princípios elencados desde a experiência e reflexões em Gorizia, o objetivo passou a ser a superação do reformismo psiquiátrico, através da recusa ao mandato terapêutico da psiquiatria e do questionamento do conceito de doença mental.

O hospital foi dividido em cinco setores (e, posteriormente, sete) e os pacientes, agora hóspedes, foram divididos por bairros de procedência. Acabaram com a divisão dos pavilhões por sexo ou diagnóstico. Cada um dos setores tinha uma equipe fixa, responsável não só pelo “tratamento” do paciente dentro da instituição, mas também pelo atendimento a todas as necessidades assistenciais de cada pessoa, sem pulverizá-la em diferentes espaços, garantindo a continuidade no tempo da relação equipe-paciente. O trabalho com ex-internos foi garantido através da transferência dos recursos (antes destinados à internação), a fim de possibilitar melhoria de qualidade de vida e estimular a autonomia daquelas pessoas.

Durante toda a década de 1970, o hospital de Trieste foi sendo “desmontado”, desconstruído, e foram sendo criados outros serviços na cidade³. O trabalho se projetava sobre a comunidade, entendida como o terreno no qual se encontravam as reais formas de exclusão e, conseqüentemente, marginalização e segregação manicomial. Assim, começou-se a construir a noção de território, como o espaço onde se constrói o conjunto das referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida, bem como a inserção dos sujeitos no meio social.

A repercussão do trabalho em Trieste e em muitas outras cidades da Itália, onde intervinham militantes da Psiquiatria Democrática⁴, levou à aprovação, pelo Parlamento Italiano, da Lei 180 (Lei Basaglia), no ano de 1978, que previa a extinção dos manicômios na Itália. Após a aprovação da lei, passou-se a vivenciar e construir o período que ficou conhecido como “a fase da instituição inventada” (AMARANTE, 2003a). A instituição inventada constitui o conjunto dos novos serviços, estratégias e dispositivos com caráter de permanente construção, criatividade, renovação de seus objetos, atores e técnicas, tendo sido construído na Itália.

Conforme já afirmamos, as características da experiência italiana de reforma psiquiátrica têm sido consideradas uma espécie de guia para a experiência brasileira, constituindo o que a literatura chama de “paradigma da desinstitucionalização”, que será abordado em seguida.

³ Uma descrição riquíssima desse processo encontra-se em Amarante (2003).

⁴ O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) foi criado em 1973, por um grupo de profissionais de todas as regiões da Itália os quais compartilhavam das idéias iniciadas e desenvolvidas por Basaglia (dentre eles, Franca Basaglia, Franco Rotelli, Giuseppe Dell’Acqua, Ernesto Venturini, Domenico Casagrande, entre outros). Esse movimento existe até hoje. Muitos autores, segundo Amarante (2003a) chamam de “psiquiatria democrática” o conjunto de experiências de reforma psiquiátrica ocorrido na Itália.

1.4. Buscando sintetizar a viagem da loucura

Neste capítulo, buscamos recuperar a história do trato da loucura através do tempo e categorizar a reforma psiquiátrica. O Quadro 1 busca sintetizar essa trajetória.

QUADRO Nº1 - TRAJETÓRIA DA LOUCURA NA SOCIEDADE

PERÍODO/ CATEGORIA	ATÉ A IDADE MÉDIA	CLÁSSICA/ RENAASCENÇA	MODERNISMO	SEC XX
CONTEXTO	Até século XIV - XV Final: Nau dos Loucos Renascimento	Séculos XVI – Séc XVII Iluminismo Racionalismo – império da razão. DESCARTES “Penso, logo existo” desenvolvimento da economia – necessidade de trabalho Lei dos pobres	Fim do século XVIII Pós Revolução Francesa Revolução Industrial Conhecimento científico Especialidades PSIQUIATRIA	Pós Segunda Guerra Mundial – Guerra Fria. Mundo dividido. Socialismo x capitalismo. Questionamento ao hospital psiquiátrico REFORMAS PSIQUIÁTRICAS – desospitalização, desinstitucionalização.
LOUCURA	Já-estar da morte Manifestação do outro mundo Experiência trágica	Forma de erro ou ilusão (perda da verdade). Aveso da razão Consciência crítica DESVIO Grande Internação.	Doença mental Coisa médica Desordem que se manifesta pelas maneiras de agir e sentir pela liberdade e vontade do homem. ALIENAÇÃO	Doença mental – transtorno mental – saúde mental.
LOUCO	Espécie de “vidente”. Alguém que tinha capacidade de se comunicar ou entender as mensagens dos deuses.	Sujeito destituído de razão	Doente mental alienado	Cidadão portador de direitos
LÓCUS	Sociedade	Hospital Geral	Hospício/ manicômio	Sociedade sob tutela, Serviços extra-hospitalares Hospital psiquiátrico humanizado.

Fonte: Sistematização da Pesquisadora

Partindo da trajetória inscrita por Foucault, nosso embarque se deu no Final da Idade Média, coma instauração do racionalismo, que capturou a loucura através de uma razão dominadora. As manifestações do louco, antes vistas como estranhas, mas fascinantes, passaram a ser entendidas como algo que iria contra a “ordem normal/natural das coisas”, e o louco passou a ser considerado como um sujeito destituído de razão e, por isso, passível de ser excluído dessa sociedade por um acontecimento que Foucault chamou de Grande Internação.

A instauração da sociedade capitalista e do modernismo demarca um fenômeno com dupla face: a medicalização da loucura, como conseqüência do surgimento da psiquiatria, e a definição da loucura como doença mental. De sujeito destituído de razão, o louco passou a ser um “doente mental” ou, nas palavras de Pinel, pai da psiquiatria, um “alienado”. A internação e o isolamento do louco assumem caráter de terapia, absolutamente necessária para livrá-lo das paixões do mundo que o tiraram da razão.

O louco e a loucura ficaram ilhados no manicômio até o século XX, mais especificamente, até o Pós-Segunda Guerra Mundial, quando a questão da loucura passará a se constituir em expressão da questão social e a demandar preocupação por parte de governos e dos técnicos. Desse modo, iniciam-se os processos de reformas psiquiátricas que, mesmo variando entre os diversos países, têm, em comum, o fato de questionarem o caráter terapêutico da internação psiquiátrica.

Para esse debate ganha centralidade a busca pelo entendimento dos conceitos que são apontados como fundamentais para a compreensão do que se constitui como desinstitucionalização.

1.5. Desinstitucionalização – trilhando o conceito

A discussão sobre processos de desinstitucionalização perpassa pela literatura sobre saúde mental. Sobretudo nos estudos baseados na perspectiva do paradigma italiano de desinstitucionalização, essa discussão e a diferenciação entre tipos de desinstitucionalização fazem-se presentes e obrigatórias. Tais são os casos de AMARANTE (1994, 2003), BARROS (1994 e 2003), VASCONCELOS (1997), LANCETTI (2001) e os textos dos autores italianos que participaram da experiência da reforma psiquiátrica naquele país (BASAGLIA, 1982, 2006, ROTELLI et. al, 2001).

Nesta etapa de nossa viagem sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, iremos fazer uma breve pausa nos registros históricos dos acontecimentos, para demarcar nosso referencial de análise, no caso, o paradigma da desinstitucionalização italiana. Para tanto, iremos abordar características do que chamaremos de “desinstitucionalizações”, ou seja, características das experiências de transformações em sistemas de saúde mental ocorridos na Europa e EUA, a fim de demonstrar as características das experiências que não consideramos como fazendo parte do paradigma da desinstitucionalização. Nessas experiências, a desinstitucionalização limitou-se à crítica à instituição hospitalar – ao manicômio.

Posteriormente, abordaremos as reflexões italianas a respeito da desinstitucionalização. Aí, sim, buscaremos caracterizar o que, nesta tese, chamamos “paradigma da desinstitucionalização”. Demonstraremos, também, o caminho reflexivo de Basaglia e seus companheiros na construção de uma outra forma de cuidar, lidar e tratar a loucura e mostrar que a crítica, embora inicie no

contexto do manicômio, extrapola os muros deste e questiona a própria “instituição” psiquiatria. Enfim, a desinstitucionalização como desconstrução.

1.5.1. “Desinstitucionalizações” – a psiquiatria reformada

Conforme, Amarante (2003), a noção de desinstitucionalização surge nos EUA em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, entendida como medidas de desospitalização, basicamente. Segundo esse autor, essa formulação de desinstitucionalização “inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa” (2003, p. 16). Assim, a causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta.

Assim, voltada basicamente para objetivos administrativos e com significado restrito de “tirar os pacientes do hospital”, a desinstitucionalização, como desospitalização, não questiona a doença mental ou o papel dos médicos/técnicos com relação à doença e o doente. Também não há um questionamento ou crítica sobre o saber que legitima a psiquiatria como “a área” que trata/sabe tratar a loucura e o louco. Nessa concepção, o processo limita a noção de “instituição” ao hospital psiquiátrico/ manicômio. Desinstitucionalizar significa, portanto, tirar os loucos da instituição, no caso, do hospital e oferecer o tratamento em outro local.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) afirmam que as experiências de desinstitucionalização como desospitalização – em países europeus e nos EUA - foram impulsionadas pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, libertando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Os autores chamam as experiências de “**psiquiatria reformada**” e afirmam que desinstitucionalização era palavra de ordem central, sendo utilizada com diferentes objetivos, quais sejam: para os reformadores, as funções já citadas de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos nos hospitais e resposta à crise fiscal. Dizem, ainda, os autores que é, sobretudo, “com este último significado que a desinstitucionalização foi realizada, ou seja, foi praticada como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos” (op. cit, p. 19). Além disso, apontam alguns traços comuns das experiências da psiquiatria reformada:

(a) a internação psiquiátrica continua a existir tanto na Europa, quanto nos EUA. Ressaltam que os hospitais seguem fazendo parte do sistema de saúde mental. Além disso, ocorreu a “transinstitucionalização”, ou seja, passagem dos hospitais para outras instituições, tais como: casa de repouso, albergues, entre outros.;

(b) os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação mas não a substituem. Ao contrário, confirmam sua necessidade; já que ocorreu uma especialização dos serviços psiquiátricos, colocando em questão os riscos de

psiquiatrizar os problemas sociais e difundir mecanismos de controle social na comunidade; além do mais, a especialização dos serviços cria uma espécie de triagem dos problemas, excluindo toda uma gama de situações;

(c) o sistema de saúde mental funciona como um circuito. Entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação, existe uma complementariedade, um jogo de alimentação recíproca. O sistema é uma espiral: alimenta os problemas e os torna crônicos (pp. 20-24).

Conforme procuramos demonstrar, as experiências reformistas em sistemas de saúde mental (especialmente as experiências de comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional) representaram um avanço no sentido de propor mudanças no interior do manicômio. Entretanto, tais mudanças constituíram-se em mudanças superficiais ou “cosméticas”¹, no sentido de que, ainda que tenham provocado transformações aparentes na forma de tratar a loucura, não alcançaram o que é, a nosso ver, o cerne da questão: o cuidado do louco, o lugar do louco e da loucura na sociedade.

Dessa forma, passaremos a apresentar a perspectiva italiana de desinstitucionalização, como um contraponto a essas experiências reformistas.

1.5.2. Desinstitucionalizando a desinstitucionalização – o paradigma italiano

Conforme já afirmamos, a experiência italiana de desinstitucionalização extrapola a idéia de desospitalização. A inovação de Franco Basaglia e seus

¹ Paulo Amarante utilizou esse adjetivo em um minicurso proferido em Florianópolis, na ocasião do I Encontro Sul-Brasileiro de Saúde Mental, para se referir às experiências “reformistas” de reforma psiquiátrica. Consideramos ser um termo apropriado para designar as experiências de desinstitucionalização “burocrático-administrativas”.

companheiros italianos diferencia-se, por não questionar somente o manicômio e suas desumanidades, mas por entender e denunciar que aquela situação desumana era reflexo da questão social da exclusão e produto da opressão da sociedade capitalista. As reflexões, conceitos, valores e críticas construídas nessa experiência de autocrítica vivenciada pelos italianos constituíram uma outra explicação, um outro lugar para a loucura, tanto em nível técnico (como tratar a loucura - a terapêutica da loucura), quanto em nível político (como transformar a visão e o lugar da loucura na sociedade capitalista). A literatura atribuiu a esse conjunto de explicações, entre outras denominações, a de “paradigma italiano de desinstitucionalização”.

A **desinstitucionalização italiana**², que inspirou e inspira a experiência brasileira (Amarante, Lancetti e outros), parte da noção de desinstitucionalização como desconstrução. Trata-se de uma produção prático-teórica de desmonte da estrutura manicomial e psiquiátrica. Nas palavras de Basaglia:

Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação (BASAGLIA, 1982, p.29).

Esse é o grande marco dessa perspectiva: o entendimento de que a luta pela reforma psiquiátrica contra o manicômio extrapola a discussão da psiquiatria e da medicina, ou seja, desterritorializa a loucura do campo da psiquiatria e alcança um outro patamar: a discussão sobre (contra) a exploração da sociedade capitalista e a busca da construção de outras relações em seu lugar.

² Amarante (1996) afirma que a experiência italiana recebe vários tratamentos na literatura: psiquiatria da desinstitucionalização, psiquiatria italiana, psiquiatria democrática. O autor critica essas denominações e refere-se à tradição basagliana. Nesta tese, optamos por denominar a experiência italiana liderada por Franco Basaglia de “desinstitucionalização italiana”.

Um outro destaque a ser dado a este paradigma de desinstitucionalização é o fato de o mesmo ser construído pela e na prática de transformação da assistência psiquiátrica em Gorizia, inicialmente, e, mais tarde, em Trieste. Não se trata de uma teoria vazia, vertical, distante do cotidiano e da vida real das pessoas envolvidas, mas sim, de uma produção coletiva, viva, inscrita e desenhada na contradição do dia-a-dia dos serviços que passaram pelas transformações.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) afirmam que a desinstitucionalização é “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente, para desmontar (e remontar) o problema” (2001, p.29). Consiste, portanto em reinventar o trato com a loucura.

1.5.2.1. Gorizia – negando a instituição.

A construção do paradigma da desinstitucionalização italiano origina-se na experiência no Hospital de Gorizia, conforme já afirmado. Naquela ocasião, as transformações impulsionadas pela equipe de Basaglia³, na busca de transformar o hospital em uma Comunidade Terapêutica, demonstraram que não bastavam transformações na estrutura do “serviço” – hospital psiquiátrico- ,mas que a origem da opressão e dos maus-tratos estava posta em uma outra relação: aquela que colocava a doença e o saber a respeito da mesma na alçada da psiquiatria; e os ditos doentes sob sua tutela e controle. Assim, não importava se era no hospital

³ Relatadas de forma bastante dinâmica na obra BASAGLIA, et al. A Instituição Negada. 3ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

psiquiátrico, na escola ou na fábrica, a opressão se dava, segundo Basaglia (1985)⁴, pela questão do poder. E qualquer transformação real necessitaria empoderar os loucos. Isso não significa “dar poder aos loucos”, mas permitir que os mesmos estabeleçam relações de empoderamento e exerçam seu poder.

Uma série de reflexões e discussões sobre o hospital, a loucura e a psiquiatria começou a despontar dessa experiência. Segundo Amarante(2003c), alguns aspectos que marcam toda a obra basagliana surgiram nesse período, tais como:

- (a) a relação de interdependência entre a psiquiatria e a justiça;
- (b) a discussão sobre a origem de classe das pessoas internadas;
- (c) a não-neutralidade da ciência, questionando o saber e as práticas ditas terapêuticas da psiquiatria;
- (d) o papel e a função social dos técnicos como agentes do poder e controle institucional.

O autor destaca, também, outras discussões e conceitos que aparecem desde Gorizia: o combate ao reformismo psiquiátrico, a renúncia ao mandato terapêutico da psiquiatria, a doença entre parênteses, o duplo da doença mental. Iremos abordar rapidamente tais noções já que elas são a base para a construção do paradigma da desinstitucionalização.

- **Renúncia ao mandato terapêutico da psiquiatria**

Conforme já é conhecido, a experiência em Gorizia originou-se com o objetivo de transformar o hospital em uma Comunidade Terapêutica, buscando transformar o hospital em um local de cura (BASAGLIA, 2006). Entretanto, em seguida Basaglia e

⁴ “As instituições de violência” In: BASAGLIA, et al. A Instituição Negada. 3ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

sua equipe identificam que a transformação limitada ao hospital se mostra ineficaz. Sendo o hospital “lugar de institucionalização e de alienação induzida”, corre o risco de se transformar com as alterações em uma “gaiola de ouro”. Passam, por essa razão, a questionar o papel da psiquiatria na sociedade e a negar o mandato terapêutico, ou seja, reconhecem que à psiquiatria coube o “papel” de manter os loucos sob controle e o lócus desse controle é o hospital.

- **A doença mental entre parênteses**

Essa é uma discussão fundamental na teoria basagliana, uma vez que representa uma mudança de perspectiva. Basaglia e seus companheiros passaram a questionar o conceito de doença mental produzido pela psiquiatria, considerado limitado. Ao “catalogar” o sofrimento mental, a psiquiatria reduziu o sujeito doente. Basaglia afirma que, durante todo o tempo, a psiquiatria se ocupou da doença e colocou o doente mental “entre parênteses”. Em vista disso, propõe uma inversão: colocar a doença mental entre parênteses e tratar/cuidar do sujeito doente. De acordo com Amarante (1996) esse princípio refere-se à individuação da pessoa doente, isto é, ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, mas de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (AMARANTE,1996).

Amarante enfatiza que colocar a doença mental entre parênteses não significa negar a doença mental, mas significa a negação “da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência sofrimento”. Em outras palavras, “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1996, p. 80).

- **O duplo da doença mental**

A noção de duplo da doença mental diz respeito a tudo que se sobrepõe à doença, atributos que a pessoa carrega por estar institucionalizada. Segundo Amarante (2003c), é a face institucional da doença mental, produzida a partir da negação da subjetividade do louco, da sua objetivação como doente mental. Refere-se àquelas questões que não são necessariamente consequência da “doença”, mas do significado atribuído a ela. Por exemplo, o fato de a pessoa dita louca não cuidar de sua higiene pessoal. Sabe-se que o manicômio é um lugar no qual as pessoas ficam sujas, pela falta de privacidade, pela dificuldade de ter acesso ao banheiro, pela baixa auto-estima, entre outros,. Assim, é comum encontrarmos muitos loucos “sujos” no interior do manicômio. O saber psiquiátrico “deposita” a questão da “sujeira” e da falta da higiene ao comportamento louco. De consequência do isolamento, a falta de higiene passa a ser a causa do isolamento.

O doente, assim, recluso no espaço no qual é submetido a um teclado de variadas espécies de violência, passa a incorporar em seu comportamento, por força dessas mesmas violências, tudo aquilo que a instituição deseja que se torne; violento, antissocial, melancólico, enfim, alienado (e é bastante adequado aqui o duplo sentido da palavra alienação). Se o sujeito, portador ou não de um sofrimento mental, é peremptoriamente submetido a tal situação, ao cabo de algum tempo torna-se difícil distinguir o que lhe é próprio, o que é próprio do seu sofrimento, do que lhe é impresso pela condição de institucionalizado (AMARANTE, 1996, p. 81).

Essa construção não se reflete só no louco ou no interior do manicômio. A sociedade assimila tais questões como verdades científicas inquestionáveis.

O conjunto de reflexões sobre a experiência em Gorizia contribuiu para que o processo de desinstitucionalização iniciado na Itália extrapolasse os muros do

território psiquiátrico e envolvesse toda a sociedade⁵. O trabalho na cidade de Trieste irá representar a outra etapa da formação do paradigma da desinstitucionalização.

1.5.2.2. A desinstitucionalização – buscando a instituição inventada

Para os italianos, o mal obscuro da psiquiatria estaria em haver separado um objeto científico (a doença) da “existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social”. Sobre tal separação se construiu um conjunto de aparatos científicos, administrativos, legislativos, referidos à doença (ROTELLI, LEONARDIS e DE MAURI, 2001). O manicômio é apenas uma parte desse aparato. Portanto, não basta atuar somente sobre ele. É preciso desmontar todo o aparato que é a instituição a ser negada (ROTELLI, 2001).

Dessa forma, a noção de desinstitucionalização é constituída fundamentando-se em outras duas noções: *institucionalização* e poder *institucionalizante*. Basaglia definiu *institucionalização* como o complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse, através de um processo que o induz a um vazio emocional (AMARANTE, 1996, p. 84). Em consequência, o

⁵ O momento político italiano (e mundial) era um momento de contestações, de luta pela democracia. Tudo isso propiciou campo fértil para que a discussão sobre o trabalho em Gorizia se refletisse fora do âmbito hospitalar. Houve envolvimento do movimento estudantil e relação com o movimento operário.

*institucionalizado*⁶ já não dispõe de nada que seja propriamente seu. Nem seus desejos, vontades, gestos, gostos. Cabe a ele somente seguir as regras, normas e horários determinados pelo médico-psiquiatra, considerado incontestavelmente como “o” portador do conhecimento e do saber sobre a doença.

Basaglia inicia seu texto “Um problema de psiquiatria institucional”⁷ com uma passagem de Levi – Se este é um homem⁸. Tal passagem pode ilustrar o processo de institucionalização:

Imagine-se agora um homem a quem são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento; pois a quem tudo perdeu, facilmente ocorre perder a si mesmo”. (LEVI apud BASAGLIA, 2006, p. 35).

Além de perder-se a si mesmo, o institucionalizado, especialmente o “doente mental”, tem atribuído a si uma série de rótulos, atributos, definições. Violento, sujo, “sem razão”, são apenas alguns dos atributos que, “colados” ao doente mental, justificam a necessidade do tratamento.

O *poder institucionalizante* é entendido como o conjunto de forças, mecanismos e aparatos que ocorrem quando o doente, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pela reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e restrição de si que não é sempre reversível (AMARANTE, 1996, p.85).

⁶ Institucionalizado aqui, não se refere somente ao “doente” mas inclui também a equipe.

⁷ BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional. A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: GARAMOND, 2005.

⁸ Esse texto refere-se a notas de um prisioneiro em um campo de concentração nazista. Basaglia faz uma discussão sobre o fato de o manicômio acabar com esta mesma função : manter sobre controle os desviantes, fazer com que sigam as normas, as regras – as leis do internamento. (BASAGLIA, 2006, p. 53).

Esses dois conceitos são o ponto de partida do projeto de desmontagem prático-teórica do manicômio de Gorizia, o qual se volta para dois aspectos:

(a) a luta contra a institucionalização do ambiente externo – aspira-se a uma transformação no âmbito da sociedade, na forma como esta lida com a loucura. A partir dessa luta, inicia-se a crítica à comunidade terapêutica, à sua limitação em “reformatar” o manicômio;

(b) a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar (médicos, enfermeiros e doentes). Nesse caso, reflete a preocupação com o “mandato social da psiquiatria”, ou seja, a função que lhe é outorgada pela sociedade de manter as populações desviantes sob controle (AMARANTE, 1996).

Conseqüentemente, a desinstitucionalização deve-se realizar em dois níveis simultâneos, um teórico e o outro político. Tais níveis estão referidos às duas faces da realidade da doença e do estar doente: a de uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e a de uma problemática de exclusão, de estigmatização social, das quais nasce a hipótese de ação prático-teórica cuja base é a ‘invenção’ de novas estruturas assistenciais e terapêuticas (AMARANTE, 1996, p. 86).

De acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), o primeiro passo da desinstitucionalização é começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir a situação racional de buscar a normalidade. No caso, os autores consideram que a psiquiatria, assim como as demais instituições do Estado moderno, funciona com base no racionalismo, buscando uma solução para um dado problema. Assim, podemos afirmar que a loucura, o louco e seu comportamento desviante são, na perspectiva racional, um problema que exige uma solução. Porém, sendo a loucura algo abstrato, a psiquiatria teria construído o conceito de doença mental, para torná-la concreta e, desse modo, poder oferecer a solução: a

internação/ o tratamento. Sendo assim, para esses autores, a psiquiatria é uma instituição que, mais do que qualquer coisa, administra aquilo que sobra, isto é, consiste em uma instituição residual.

Desmontar a relação problema-solução (buscar a cura) não significa renunciar a tratar, mas adotar a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais através das quais a doença mental (o problema) assumiu aquelas formas de existência e opressão. Substitui-se, por conseguinte, a noção de doença pela de “existência-sofrimento” dos pacientes. Dessa maneira, transformam-se as formas como as pessoas são tratadas (ou não são tratadas) para transformar seu sofrimento. A terapia não é mais entendida como solução-cura, mas como um conjunto complexo, cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Em suma, a desinstitucionalização é o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para a existência-sofrimento. “O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. *A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”*” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 30. grifos dos autores). Os autores destacam alguns aspectos cruciais que, segundo eles, contribuem para melhor enfatizar o significado da desinstitucionalização italiana:

(a) **a desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional** – os técnicos são considerados os principais atores desse processo de desinstitucionalização, porque ativam “toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os

poderes, os interesses, as demandas sociais” (2001, p.31), mas todos os sujeitos sociais são atores da mudança: pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e os não institucionais.

(b) **O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes** – o trabalho de desconstrução do manicômio inicia com gestos elementares, mudanças simples, porém muito visíveis: eliminar meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, a capacidade da palavra, abrir as portas, entre outras. Essas mudanças ajudam a compreender que a desinstitucionalização “é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos” (2001, p. 33). Ainda que não se resolva por ora, ou que não se cure agora, seguramente “se cuida”. “Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento” (p.33). Cuidar, então, refere-se a tomar a responsabilidade.

(c) **A desinstitucionalização é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la** – as transformações institucionais são produzidas a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe: o mesmo pessoal, os mesmos pacientes, os mesmos espaços, os mesmos recursos. A desinstitucionalização italiana “está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas” (p.35). As estruturas e modos de trabalhar nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental nascem através da reciclagem, da

reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, bem como das possibilidades do pessoal. E é graças a essa gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser inteiramente substitutivas a ele.

(d) **A desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos** – para que os novos serviços substituam inteiramente o hospital psiquiátrico, é necessário que: (1) tenham a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada; (2) mudem as formas de administrar os recursos de saúde mental e (3) multipliquem e tornem mais complexa a profissionalidade dos operadores.

A experiência italiana de desinstitucionalização pode ser evidenciada no trabalho realizado em Trieste⁹, reconhecido internacionalmente como um processo de reforma psiquiátrica eficiente. Buscando desmontar o manicômio, as soluções foram sendo construídas a partir dos mecanismos institucionais deste, em conjunto com a comunidade, discutindo-se e rediscutindo-se as contradições inerentes ao processo.

Retomando o que já afirmamos no início deste capítulo, a desinstitucionalização italiana inovou por ir além da crítica. Por buscar construir outras soluções para o “problema” do cuidado com a loucura, e por não excluir o louco e a sociedade dessa solução. Solução que não é mais fim, mas meio de construir e inventar a vida.

⁹ Para maiores detalhes sobre a experiência ver, entre outros NICÁCIO (2001), BARROS (1994), AMARANTE (1996 e 2003).

1.5.3. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização

Cabe extrair do paradigma da desinstitucionalização italiana os aspectos a serem observados na experiência brasileira de reforma psiquiátrica, a fim de podermos avaliar se esta segue os princípios da desinstitucionalização. Esse constitui o objetivo geral desta tese.

Partindo da definição de desinstitucionalização, consideramos que a reforma psiquiátrica é, em primeiro lugar, um processo complexo que não se limita às mudanças nos hospitais psiquiátricos/manicômios ou na forma de atender/ tratar a loucura. Não se refere, portanto, somente à criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipes interdisciplinares, entre outras. Se levarmos em conta que a instituição a ser negada é todo o aparato de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para a loucura e o louco (como doença e doente mental, respectivamente), não nos basta negar somente o hospital ou desejar somente que se humanize o cuidado. Necessitamos operar uma transformação em vários níveis de relações na sociedade concomitantemente. Começando pela questão técnica do tratamento, indo até a questão cultural, ou seja, uma reflexão e transformação da forma como a sociedade (os seus membros) lida com o diferente, com o não-conhecido, com o não-compreendido.

Amarante (1996, 1999, 2003) refere-se à reforma psiquiátrica enquanto um processo social complexo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação. O autor aponta quatro dimensões desse processo, quais sejam:

(a) Dimensão técnico-conceitual – alude às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, “sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade” (AMARANTE, 1999, p. 50). Esta dimensão, portanto, concerne à desconstrução e à reconstrução do entendimento sobre doença mental, isolamento, saúde mental, normalidade, etc.

(b) Dimensão técnico-assistencial – refere-se à construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional. “Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos” (p. 50);

(c) Dimensão jurídico-política – ocupa-se da revisão necessária das legislações (sanitária, civil e penal) no que compreende o entendimento da doença mental, psicopatia, “loucos de todo gênero”. Por extensão, refere-se à cidadania dos sujeitos na vida real: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, à vida social e coletiva;

(d) Dimensão sociocultural – como conseqüência e simultaneamente às outras dimensões, busca uma transformação no imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade, e assim por diante. “Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em vantagem social, dos diferentes, e assim por diante” (p.51).

Concordamos com Amarante. O que temos procurado demonstrar, em toda esta viagem pela história da loucura e sua transformação em expressão da questão social, transmutada em doença mental, é que, para lidar com uma problemática que foi construída como um problema social, é necessário abordá-la a partir de suas

várias faces: cultural, social, econômica, política, filosófica. Consideramos que as quatro dimensões propostas pelo autor representam uma possibilidade de abranger a totalidade do processo que é a reforma psiquiátrica.

2. SEGUNDA ESCALA - A VIAGEM DA LOUCURA NO BRASIL

Neste capítulo, demonstraremos a trajetória do cuidado para com a loucura no Brasil, evidenciando as características relacionadas ao trato do Estado com as políticas sociais buscando compreender os fatos que levaram à construção de uma política de atenção à saúde mental e ao processo de reforma psiquiátrica no País.

2.1 O embarque: a loucura passa a ser um problema social no Brasil

O ponto de partida da viagem pela loucura no Brasil origina-se no final do período colonial.

A loucura ficou silenciosa no Brasil durante quase todo o período colonial. Não há referências aos doentes mentais nos relatos e crônicas que descrevem os costumes e a vida social naquela época (RESENDE, 2001). Cunha (2005) afirma que, antes da chegada da República, uma legião de doidos “curtia seus delírios tranqüilamente pelas ruas da Corte, e alguns mereciam até aplausos” (p. 27). Enquanto as famílias abastadas trancafiavam seus loucos em casarões senhoriais sob cuidado de criados, os loucos pobres eram mantidos livres, em convivência com a vizinhança ou entregues à própria sorte, desde que mansos. Em caso de serem “violentos”, poderiam ser presos em cadeias onde poderiam ou não ser maltratados.

Entretanto, da mesma forma que a Europa, num dado momento de sua história, o Brasil também transformou a loucura (e o louco) num “problema” a ser tratado pelo Estado. A loucura precisou ser silenciada (RESENDE, 2001). Se analisarmos, porém, alguns fatos históricos destacados pela literatura, poderemos facilmente perceber que existem algumas diferenciações essenciais entre as duas experiências.

A primeira diferença é cronológica. Enquanto o processo se desenvolveu no continente Europeu em meados do século XVI, no Brasil (que havia sido “descoberto” no século XVI!), a problemática da loucura só ganharia espaço entre os problemas passíveis de tratamento público no século XIX. Entretanto, como afirma Resende(2001):

Em ambos os casos, o doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e seu seqüestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

O autor ressalta o que consideramos ser a segunda diferença importante entre a experiência européia e a brasileira. Essa diferença refere-se ao contexto sócio-histórico-econômico. Enquanto na Europa, como já vimos no capítulo anterior, a intolerância para com a loucura e sua transformação em problema social se dá diante da ruptura com o sistema feudal e da emergência do capitalismo mercantil, no Brasil, a mudança ocorre em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, marcada pelo trabalho escravo.

Tal característica (trabalho baseado nas atividades servis) é, para Resende(2001), o aspecto condicionador da situação social do período que moldará

preconceitos e determinará transformações e ações concretas com relação à loucura. O autor considera que a onipresença do escravo em todas as atividades produtivas (no campo, na cidade, nos serviços domésticos, entre outros) restringia o espaço reservado ao trabalho do homem livre, ao mesmo tempo em que este trabalho passava a ser considerado estigmatizado como atividade pejorativa e desabonadora. Dessa forma, poucos eram os homens livres que se prestavam a tais atividades. Afirma ainda que “onde faltam a coação do chicote e demais castigos, a atividade é quase nula” (RESENDE, 2001, pp. 33-4). Assim, ocorreu a polarização da vida social entre dois extremos: de um lado, uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos. Entre os dois pólos, uma massa crescente de inadaptados (sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho). Os loucos, por sua vez, encaixavam-se na última categoria.

Desse modo, apontamos para uma questão paradoxal. Ao mesmo tempo em que a característica do contexto sócio-histórico-econômico brasileiro provoca o surgimento da loucura como um problema social, sendo um fator que diferencia a experiência brasileira da européia, podemos afirmar que as circunstâncias sociais e a ação desenvolvida para lidar com o problema foram as mesmas: a inadaptação à ordem social e a exclusão, respectivamente. Dessa maneira, concordamos com Resende quando afirma que:

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento” (2001, p. 35).

A “grande internação brasileira” inicia, portanto, três séculos depois do processo na Europa, mas com o mesmo objetivo: remover, da sociedade, os

elementos perturbadores da ordem social. Enfatizamos que não há preocupação médica para com a loucura nesse momento e o estatuto de doente mental ainda não é atribuído ao louco.

2.1.1. A passagem: o nascimento do hospício

A transferência da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, provocou uma série de mudanças na vida da, até então, pacata colônia de Portugal. A instalação da corte no Rio de Janeiro movimentou a cidade e exigiu modernização da sociedade brasileira. Uma das inovações foi a abertura de cursos superiores, entre eles, o de Medicina. Antes, era proibida a instalação de cursos superiores na colônia, e os poucos brasileiros que tinham formação superior, haviam estudado na Europa.

No que tange à questão da loucura, o grande marco da vinda da corte para o Brasil foi a criação do Primeiro Hospital Psiquiátrico brasileiro. Diante da necessidade de recolher os loucos e sanear as cidades²⁴, surgiu uma exigência para que se criasse um lugar específico para internar os loucos. Através do Decreto 82, de 18 de julho de 1841, D. Pedro cria o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, o qual viria a ser inaugurado somente em 1852.

O novato hospício brasileiro nasce vinculado à Santa Casa de Misericórdia e sob tutela do Imperador, o que nos aponta seu caráter filantrópico, e não médico.

²⁴ A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829, havia realizado um amplo diagnóstico de todas as instituições da Corte e constatado as precárias condições dos loucos da cidade nas ruas, nas prisões ou hospitais. Passou a reivindicar a criação de um asilo de alienados. (AMARANTE, 2003c), A palavra de ordem da Sociedade, segundo Machado et al (1978) era “aos loucos, o hospício”.

Esse foi um dos fatores que fez provocaram uma série de críticas, especialmente por parte dos médicos, que entendiam ser necessária uma hegemonia dessa categoria na administração do mesmo. Uma outra polêmica que envolvia o hospício dizia respeito à sua arquitetura. D. Pedro havia construído nos moldes dos prédios europeus, o que deu um aspecto imponente ao prédio, que passou a ser chamado pelos críticos de “palácio para guardar loucos”.

Um dos críticos mais importantes do período foi João Carlos Teixeira Brandão (que, depois, assumiria a direção do hospício). Além de criticar a carência de uma orientação técnica, Brandão, segundo Amarante (2003 c), apontava uma série de outros problemas, tais como: o fato da maior disponibilidade de vagas serem para quem poderia pagar; a assistência religiosa e não médica; a falta de critérios diagnósticos para a internação dos alienados; a superlotação; a falta de médicos; a mistura entre os diferentes diagnósticos; a existência de crianças misturadas com alienados adultos, entre outros. Brandão reivindicava que o poder e a intervenção médica fossem maiores e mais efetivos.

Resende (2001) comenta que, dos objetivos levantados para justificar a necessidade de um hospital para doidos, quais sejam, “remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar” os loucos, apenas os dois primeiros foram garantidos. Os demais, ligados à assistência propriamente dita, não foram mantidos, segundo o autor, nem mesmo para legitimar os primeiros. Pelo contrário, o caráter excludente e segregador do hospital psiquiátrico manteve-se sem nenhum constrangimento, durante os seus primeiros quarenta anos.

2.2 Política de Assistência Psiquiátrica no Brasil: outros caminhos na mesma viagem

A proclamação da República, em 1889, constitui, segundo Resende, um divisor de águas entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica no Brasil. Com a chegada dos republicanos ao poder, o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, passou a ser subordinado ao poder público e a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados. Com mais de um século de atraso, finalmente, o tratamento moral de Pinel se instalaria no hospício, no Brasil²⁵, e os representantes da classe médica ascenderiam ao controle das instituições psiquiátricas e ao papel de legítimos porta-vozes do Estado no que se refere à assistência ao doente mental.

De acordo com Pereira (2004):

O hospício passou a ser uma instituição estatal administrada por médicos especialistas (...). A direção dos asilos seria confiada a um médico e todas as admissões passariam por um crivo médico, mesmo as *ex-officio*, ou seja, requisitadas pelas autoridades públicas, que deveriam ser acompanhadas de pareceres médicos da polícia (PEREIRA, 2004, p. 58).

Através do Decreto 206 A, a entrada no hospício era justificada pela perturbação à ordem, à moral e aos bons costumes, bem como pela noção de periculosidade. O mesmo decreto criou a Assistência Médico Legal dos Alienados, que conforme Amarante (2003c), foi a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. O primeiro diretor da Assistência e do Hospício

²⁵ Entretanto, já havia quem considerasse decadente esta “corrente” psiquiátrica. Consideravam que a psiquiatria francesa já estava estagnada e defendiam que havia uma psiquiatria científica “objetiva, concreta, palpável à clínica, ao laboratório, ao microscópio, à cirurgia”. (RESENDE, 2001).

Nacional de Alienados foi João Carlos Teixeira Bandão²⁶, que caracterizou sua gestão pela ampliação dos asilos de alienados e pela criação da primeira cadeira de psiquiatria e da primeira escola de enfermagem.

No que se refere à assistência, foram criadas as primeiras colônias de alienados, denominadas Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, situadas na Ilha do Galeão (hoje, Ilha do Governador), no Rio de Janeiro. Essas colônias, segundo Amarante (2003c) destinavam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. O modelo das colônias de alienados inspirou-se em experiências européias e tinha, como idéia fundamental, “fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho” (AMARANTE, 2003c, p. 76). O modelo das colônias de alienados será abordado logo em seguida, na próxima seção deste capítulo.

O conjunto de medidas citadas constitui o que Amarante (2003c) chamou de primeira reforma psiquiátrica brasileira.

Pereira (2004) analisou o conjunto de decretos publicados no Brasil, na década 1890, e concluiu que ele espelhava as diretrizes que a psiquiatria propunha para o trato com a loucura: “o hospício como lugar de tratamento e cura, o isolamento sua premissa básica, e a psiquiatria como a disciplina mestre para orientar essa relação, e ao mesmo tempo, justificar sua seqüestração” (2004, p. 60).

No ano de 1903, Teixeira Brandão foi eleito deputado federal e conseguiu aprovar a Lei dos Alienados (MACHADO et al., 1978), que tornou a psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida. Machado et al. afirmam que a Lei de 1903 e a separação entre o Hospício e a Santa Casa deram origem a debates na Câmara, no Senado e na imprensa envolvendo a Santa Casa,

²⁶ João Carlos Teixeira Brandão é considerado o Pinel brasileiro (AMARANTE, 2003c). De acordo com a publicação “Memória da Loucura” do Ministério da Saúde, Teixeira Brandão é considerado o primeiro alienista do Brasil (BRASIL, 2003).

o Estado e a psiquiatria. A grande questão do debate versava sobre dois aspectos: a legitimidade da estatização do hospício e o direito de o Estado intervir em assuntos como a loucura e os loucos.

Neste momento, cabe focar a atenção para a questão do trato do Estado brasileiro para com as questões de saúde. Na realidade, as preocupações com a loucura, nesse período, fazem parte de uma série de medidas que Luz (1994) chamou de “preocupações com a saúde coletiva brasileira” que, além das ações já mencionadas no campo da psiquiatria, envolviam a área das epidemias (febre amarela, varíola, tifo, entre outras). Afirma a autora:

Há algo de comum entre as epidemias e a loucura, apesar de até hoje não se ter provado que ela possa ser contagiosa, ou que provenha de vírus: é que ambas são doenças inter-classes, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de, evidentemente, a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores (1994, p. 91).

É o fato de essas doenças saírem das camadas empobrecidas da população brasileira e atingirem a sociedade como um todo que as transforma em problemas públicos, e obriga o Estado brasileiro a responder institucionalmente com táticas diversas. É a partir dessa necessidade que as instituições de saúde passam a produzir um discurso sobre a cidade, o meio ambiente, a estrutura sanitária, a vida das pessoas, os costumes.

Resende (1994) comenta essa questão para a qual a Saúde Pública (prevenção de epidemias) e a psiquiatria deram-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, “remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade” (1994, p. 45). À psiquiatria

coube, segundo o autor, o papel complementar, secundário de “recolher as sobras humanas do processo de saneamento”, encerrá-las no asilo e tentar recuperá-las de algum modo.

O destaque aqui feito refere-se ao fato de não existir preocupação imediata com os “indivíduos” portadores desses males (loucura ou pestes), mas sim com os próprios males. A intervenção estatal na questão da saúde da população ocorre nesse momento da história do Brasil, não no sentido de garantir um direito, mas de assegurar que um dever seja cumprido, ou seja, o tratamento é obrigação inquestionável, e obrigar o enfermo ao tratamento é uma questão do Estado e, por conseguinte, da polícia.

Feito o destaque, podemos retornar à cronologia dos fatos que compõem a história do cuidado/trato com a loucura no País.

Em 1903, Juliano Moreira²⁷ foi designado para a direção da Assistência a Alienados e à gestão do Hospício Nacional. Com ele, tem continuidade a criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca da legitimação jurídico-política da psiquiatria no Brasil (AMARANTE, 2003c). Um marco da gestão de Juliano Moreira foi a substituição da corrente francesa de psiquiatria, que até então vinha influenciando os hospícios brasileiros, pela escola alemã. Baseada no biologicismo ou organicismo, a escola alemã busca explicar não só a origem das doenças mentais, mas muitos dos fatores étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923, representa para Amarante(2003c) uma radicalização do organicismo e cristaliza o movimento denominado de “higiene mental”, o qual tinha princípios “eugênicos, xenofóbicos

²⁷ Juliano Moreira foi um dos médicos que introduziram a psiquiatria no Brasil. Ocupou a direção do Hospício Nacional de Alienados por 27 anos. Por sua obra prática e teórica passou a ser conhecido como Mestre da Psiquiatria Brasileira (AMARANTE, 2003).

anti-liberais e racistas” e pretendia que, em nome da qualificação da raça e da prevenção de doenças mentais, os doentes e os dependentes de álcool e outras drogas, os descendentes de origem africana ou oriental, e outros tipos de imigrantes estrangeiros não pudessem casar, ou que fossem esterilizados para que não procriassem. Defendia, também, outras medidas restritivas da liberdade e da cidadania. “Enfim, com a LBHM, a psiquiatria não se limitou a estabelecer modelos ideais para os comportamentos individuais, mas passou também a almejar a recuperação das ‘raças’, a edificação de uma ‘coletividade sadia” (AMARANTE, 2003c, p. 36).

2.2.1. Visitando as colônias de alienados

Como já afirmamos, as colônias de alienados surgem no Brasil junto com as medidas que Amarante chamou de “primeira reforma psiquiátrica” no país, em 1890, e foram inspiradas nas experiências européias, que, por sua vez, basearam-se na história de uma pequena aldeia belga, Geel. Esta colônia costumava receber alienados em regime de liberdade parcial. Segundo Amarante (2003c), a pequena aldeia ficara famosa por ter vivenciado um milagre no qual um alienado, ao assistir a uma decapitação teria recobrado subitamente a razão. Vários alienados e seus familiares iam em romaria para a pequena aldeia e participavam de uma novena e de uma festa anual em homenagem a Santa Dymfna, padroeira dos alienados. Após a festa, muitos loucos permaneciam na aldeia até o ano seguinte, outros eram abandonados pela família. Os moradores de Geel passaram a abrigar os loucos e a

exercitar uma prática singular: auxiliavam os alienados na execução de trabalhos domésticos e agrícolas, nos passeios e em inúmeras outras atividades da comunidade²⁸ (AMARANTE, 2003c).

Várias colônias de alienados passaram a ser criadas em diversos estados brasileiros. A adesão a esse modelo deve-se ao fato da necessidade de impor o trabalho como uma obrigação e uma necessidade para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Conforme já afirmamos no início deste capítulo, o trabalho era visto como algo pejorativo, e “reverter ao normal a tradicional moleza do brasileiro convertia-se em uma necessidade” (RESENDE, 1994)²⁹.

As colônias foram criadas por, basicamente, duas razões: para complementar os hospitais tradicionais já existentes (como no caso do Rio de Janeiro) ou para ser uma única opção ou opção predominante (como no caso de São Paulo e Minas Gerais). No caso paulista, Franco da Rocha fez construir um hospício-colônia (Hospício do Juqueri) e pretendia tratar o paciente agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil. O retorno se daria diretamente ou através de uma família que se dispusesse a acolhê-lo, recebendo algum incentivo do governo para tal fim.

Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar, artificialmente, o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas das práticas agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades (RESENDE, 1994, p. 51).

Havia, porém, uma contradição fundamental já na finalidade das colônias. Buscava-se que os loucos fossem acolhidos e tratados através do trabalho nas

²⁸ Para conhecer a história completa da origem da Colônia de Geem, ver Amarante (2003c).

²⁹ Resende afirma que essa idéia não havia contaminado só a psiquiatria, mas também ao direito, que colocou a vadiagem no rol dos delitos e contravenções puníveis com prisão.

colônias agrícolas para, depois, “devolvê-los” à sociedade. No entanto, o contexto sócio-econômico da sociedade brasileira estava se transformando e já estava “longe do modelo idílico da sociedade rural”. Resende considera que, ainda que as lavouras cafeeiras precisassem de “braços” para o trabalho, dificilmente o hospício poderia fornecer esse material humano. Restava, assim, ao hospital agrícola a única tarefa do asilo no Brasil, desde a sua criação: a da exclusão. A exclusão, nesses hospícios-colônia, extrapolava aos loucos “propriamente ditos” e abrangia casos como de moças namoradeiras que haviam sido desvirginadas e desonradas e de crianças que haviam se tornado órfãs.

Dessa forma, seguem inalteradas as características do nascente modelo assistencial brasileiro: permanece a exclusão e o isolamento nos asilos e, no interior destes, o uso da violência e de outras práticas desumanas.

2.2.2. Política de saúde e política de saúde mental como problema do Estado³⁰

A literatura demarca os anos de 1920 como os que abrigam o surgimento das ações públicas em saúde no Brasil. De acordo com Braga e Paula (1986), a saúde emerge como questão social, no Brasil, no bojo da economia capitalista cafeeira. Segundo os autores, os problemas de saúde e suas formas de atendimento aparecem, principalmente, relacionados a endemias e problemas gerais de

³⁰ A literatura analisada sobre a formação do sistema de saúde no Brasil não aborda a questão da política de saúde mental, até porque ela constituía-se no interior do subsetor de saúde pública. Dessa forma, esse item será construído a partir de um esforço para “situar” as ações de saúde mental no âmbito da saúde pública em geral.

saneamento nos núcleos urbanos, assim como à estratégia de atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado. A questão da preocupação com a loucura insere-se na primeira referência, ou seja, na questão do saneamento, como já procuramos demonstrar anteriormente, e já vinha, de certa maneira, “sendo tratada” desde a criação do Hospício de Pedro II, em 1852.

Entretanto, o diferencial dos anos de 1920 é que as medidas de saúde pública passaram a ser assumidas como uma das atribuições do Estado (BRAGA e PAULA, 1982). O sistema de saúde brasileiro iniciava sua estruturação dividido em dois subsetores: o de saúde pública (ao qual a questão da loucura estava vinculada) e o de saúde previdenciária³¹. O primeiro era de responsabilidade exclusiva do Estado, e o segundo tinha a responsabilidade de administração e financiamento de forma partilhada entre as empresas, os trabalhadores e o Estado. (BRAGA e PAULA, 1986).

No subsetor previdenciário, o marco do período foi a criação do sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias, através da Lei Elói Chaves, em 1923. As CAPs eram instituições previdenciárias estruturadas por empresas e administradas por empregadores e trabalhadores. Embora tenham sido criadas como exigência do Estado, este mantinha-se à distância, tanto com relação ao financiamento, quanto com relação à administração das mesmas. O advento das CAPs é considerado um acontecimento importante no âmbito das políticas de saúde e previdência no Brasil. Amarante (2003c) atribui duas razões para justificar tal importância. Primeiramente, porque a criação das CAPs representa uma mudança, visto que, até então, as ações de saúde restringiam-se, quase que

³¹ A assistência psiquiátrica só será incorporada aos benefícios previdenciários na década de 50. Resende atribui a tardia incorporação da psiquiatria ao conjunto das práticas da saúde da previdência social ao fato de a psiquiatria não ter ainda dado provas de sua eficiência, a contar pelo lastimável estado dos hospitais públicos psiquiátricos. (RESENDE, 1994, p. 58).

exclusivamente, a intervenções das Campanhas Sanitárias, sendo a assistência médica quase inexistente como objeto de política pública. Além disso, as CAPs trouxeram, segundo o autor, uma tradição que se tornará uma marca da maioria das políticas de saúde do Brasil : a subordinação do direito à assistência médica a um sistema de previdência social.

No caso específico da política de atenção à loucura, destacamos dois instrumentos legais promulgados na década de 1920: o Decreto 14.831, que estabeleceu o funcionamento do manicômio judiciário e o Decreto 5148-A, que reorganizou a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Este último estabelecia em seu Artigo Primeiro:

Art 1º- A pessoa que, em consequência de doença mental, congênita ou adquirida, atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento(BRASIL, 1927).

O parágrafo primeiro desse artigo estabelecia que a internação deveria ocorrer somente após “provada a alienação mental do paciente ou a impossibilidade de conseguir que ele se submeta ao tratamento que a observação preliminar do caso aconselhar”.

Há duas questões importantes a serem destacadas com relação a esse Decreto. A primeira refere-se ao fato de que é estabelecida a permissão de a pessoa internada em estabelecimento público ou particular ou em domicílio reclamar a quem de direito, novo exame de sanidade mental por outro médico (Artigo 3º). Tal possibilidade pode ser considerada como um avanço legal quanto aos direitos do interno, embora mereça ser analisada com maior profundidade. A segunda questão alude ao financiamento. O Artigo 16 do referido Decreto estabelece que é

competência da União manter a assistência aos psicopatas no Distrito Federal. Determina, também, que é de competência da Prefeitura do Distrito Federal as diárias dos desvalidos ou indigentes, e dos Estados que remeterem pacientes. No caso dos pensionistas, a diária seria paga por seus internantes ou responsáveis. Aparece, então, a responsabilização do Estado no que concerne ao custeio das internações.

Braga e Paula (1986) afirmam que a partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde, bem como e instalam-se aparelhos necessários para a sua efetivação, ainda que com caráter restrito. Para os autores:

São as alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado que criam as condições iniciais para que as questões sociais em geral – e as de saúde em particular – já postas no período anterior, pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico de políticas (BRAGA E PAULA, 1986, p. 52).

Na década de 1930 e nas seguintes, as políticas sociais passam a ser elaboradas como formas de controlar política e economicamente a classe trabalhadora, respondendo, por vezes, a seus movimentos, assim como mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação nos níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, e controlando a participação política (op. cit).

O governo de Getúlio Vargas³² modifica a forma de administrar o País, diminuindo a autonomia dos Estados da federação e centralizando as ações públicas por parte do Estado. No setor saúde, a principal alteração administrativa foi a criação, em 1930, do Ministério de Educação e Saúde, composto por dois

³² Getúlio Vargas ocupou, pela primeira vez, a presidência da República de 1930 a 1945 (Era Vargas). Ascendeu ao poder através de um golpe de Estado, a “Revolução de 1930”. Seu governo é dividido historicamente em três períodos: Governo provisório (1930-1934), Governo Constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). O Estado Novo é conhecido, também, como Ditadura Vargas. Na década de 50, Vargas voltaria ao poder através de eleições.

Departamentos Nacionais de Educação e de Saúde. Quatro anos mais tarde, uma reorganização ministerial renomeou o Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. A partir de 1935, retomam-se as campanhas sanitárias – que haviam sido interrompidas entre 1930 e 1934. Tais campanhas, de acordo com Braga e Paula (1986), foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde, de sua caracterização como política nacional. Outros fatores considerados pelos autores como importantes nesse processo são: a crescente participação de assistentes técnicos do governo federal junto aos serviços estaduais de saúde e o fato de o Departamento Nacional de Saúde assumir, em 1941, o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Com relação ao subsetor de saúde previdenciária, em 1933, as CAPs são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A principal diferença dos IAPS com relação às CAPs refere-se à participação do Estado na administração e no financiamento das ações de saúde (HEIDRICH, 2002). Se nas CAPs a participação do Estado limitava-se à determinação de sua existência, nos IAPs, o Estado passa a administrá-los e organizá-los por categoria de profissionais, em nível nacional. Havia participação do Estado, também, no financiamento dos Institutos (juntamente com empresas e trabalhadores).

A literatura considera a Era Vargas como o momento em que as políticas sociais passam a ser efetivamente implementadas no Brasil. Utilizadas como forma de concessão do Estado às classes trabalhadoras, tinham, como função principal, sob a ótica do governo brasileiro, “controlar” o movimento dos trabalhadores e permitir o desenvolvimento do capitalismo no País.

Na área da saúde mental, o ano de 1934 trouxe a construção do aparato legislativo brasileiro, que marcou o restante do século XX (PEREIRA, 2004). Trata-se do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”³³ (BRASIL, 1934). Pereira (2004) destaca alguns traços marcantes das inovações legislativas que esse documento continha, tais como: ser o primeiro documento legal a trazer a questão da proteção em sua ementa, e a integração da “Assistência a Psicopatas” se integrar à “Profilaxia Mental”, reforçando o processo de inserção do ideário de higiene mental. Outra questão a ser ressaltada no Decreto, refere-se ao fato de incorporar a questão assistencial psiquiátrica à temática dos direitos legais. O Decreto incluía uma seção sobre a proteção e bens dos psicopatas. Estabelecia, também, a perícia médica como a base para a relação entre a medicina e a justiça e para a discussão dos direitos civis dos psicopatas.

Na década de 40, o Hospício Nacional de Alienados foi transferido da Praia Vermelha para o Bairro Engenho de Dentro, onde já existia a Colônia de Alienadas, passando-se a chamar Centro Psiquiátrico Nacional. Mais tarde, houve mais uma vez troca de nome, passando a chamar-se Centro Psiquiátrico Pedro II, em homenagem ao seu criador (AMARANTE, 2003c).

Como já apontamos no capítulo anterior, no período do Pós-Segunda Guerra Mundial, vários países passaram a discutir seus sistemas de assistência psiquiátrica e a construir críticas ao modelo hospitalocêntrico. Na época, tais discussões não chegaram ao Brasil, e a situação dos manicômios permanecia quase que inalterada.

³³ Tal Decreto normatizou as questões relativas ao tratamento das pessoas portadoras de transtorno mental e vigorou até o ano de 2001, quando da aprovação da Lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

A discussão sobre a reforma psiquiátrica só ganharia espaço no País na década de 1970. A esse respeito, Resende (1994) comenta que:

A assistência psiquiátrica pública revelava ainda extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir do período da segunda grande guerra, e em se adaptar às modificações por que passava a sociedade brasileira. (RESENDE, 1994, p. 55). ,

Após o período da Ditadura Vargas, o Brasil passou por um – curto – período de redemocratização. É na década de 50 que o setor de saúde pública atinge sua estrutura definitiva, ampliando-se toda a estrutura do aparelho estatal em saúde pública, o qual vinha sendo criado desde o Estado Novo. A ampliação se dá pela extensão relativa do atendimento e pela acentuação da centralização.

O período marcou a separação da Educação e da Saúde em dois Ministérios. Braga e Paula (1986) afirmam que à saúde coube a parcela menor do orçamento, o que demonstra a não priorização da área em detrimento da educação. De acordo com esses autores, havia barreiras estruturais que comprometiam a efetivação das soluções requeridas pelo quadro de saúde da população, especialmente, no que se refere à política de gastos do governo, que não priorizava o financiamento da saúde.

Na área psiquiátrica, a situação era caótica como demonstra Resende:

Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase cem anos antes. As colônias agrícolas de há muito haviam abandonado o trabalho de campo como atividade terapêutica até porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural torna-se um anacronismo. Em seu lugar, surge aqui e ali, um arremedo de praxiterapia, constando de atividades monótonas e repetitivas, nas quais o doente não podia perceber qualquer sentido. As famílias que receberam casas nas instituições, na superposição de que acolheriam o egresso e contribuiriam para sua reinserção na sociedade, acabaram por estabelecer com elas relações de trabalho de caráter semi-servil.

Estabeleceu-se, além disso, em torno das maiores colônias, toda uma rede de corrupção e receptação de víveres e outros bens que, com a conivência de funcionários, jamais chegavam à sua destinação normal (RESENDE, 1994, p. 55).

Diante de tal quadro, pode-se afirmar que a proteção à qual se referia a Legislação de 1934, limitou-se à proteção dos bens daqueles alienados que possuíam algum. Aos demais, a proteção foi sinônimo de exclusão intramuros e condições lastimáveis de vida e tratamento. Tal situação iria tornar-se ainda pior nos anos de 1960.

A década de 1960 inicia em meio a uma série de transformações na área da saúde. De acordo com Braga e Paula (1986), em todos os países os custos relativos à assistência à saúde haviam se elevado devido a mudanças no saber e na prática médica, que utilizava mais medicamentos, serviços para diagnóstico, e mais equipamentos. Tudo isso levava, também, a uma maior especialização do trabalho médico. O hospital assumia a posição central na prestação dos serviços de saúde. Destacamos que isso, em nível de saúde geral, já que no caso da psiquiatria, desde as origens o hospital sempre ocupou essa posição.

É como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passou a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – enquanto valor que se reproduz – instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (BRAGA E PAULA, 1986, pp. 87-8).

No Brasil, a elevação dos custos da assistência à saúde agravou a crise financeira pela qual já vinham passando as instituições e exigiu uma transformação no que se refere à arrecadação e custeio.

Somado a essa questão específica do setor saúde, é necessário destacar, ainda que rapidamente, o contexto do Brasil na década de 1960. O ano de 1964 foi marcado por um golpe militar, que inaugurou um período de ditadura no País. A instauração do regime autoritário intensifica o processo de centralização iniciado em 1930. O período é marcado por duas questões centrais: a concessão de políticas sociais como um mecanismo de suavização de tensões sociais e legitimação do regime (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989) e o fechamento de canais de participação da sociedade.

Assim, no setor saúde, verifica-se um duplo movimento. Enquanto o subsetor saúde vivenciou um período de restrições com relação à alocação de recursos e gastos em programas específicos do Ministério da Saúde, o subsetor de saúde previdenciária expandiu seus investimentos e atribuições. Cortes, citando Donnagelo, afirma que, em meados dos anos 70, cerca de 90% dos cuidados médicos no Brasil eram feitos pelo Sistema de Seguridade Social (CORTES, 1995).

No ano de 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os IAPs e padronizou a atenção médica oferecida aos segurados, promovendo, assim, a integração do sistema previdenciário brasileiro. Buscava-se, com isso, ampliar o contingente de segurados e expandir a assistência.

A privatização das ações de saúde, através da contratação de serviços privados, foi a solução escolhida para essa expansão. Teixeira (1989) aponta, no entanto, que existiam obstáculos a essa privatização como, por exemplo, a ausência de uma rede privada de serviços ambulatoriais e hospitalares. O governo militar criou, então, em 1974, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), cujos recursos eram destinados a financiamentos na área social.

No setor saúde, a maior parte dos recursos foi investida na construção e reforma de hospitais privados (BRAGA E PAULA, 1986). A articulação entre o governo militar e o setor privado era intensa. O governo financiava a construção e reforma dos hospitais privados a juros baixíssimos. Depois, comprava os serviços desses mesmos hospitais. Dentre 1969 e 1975, por exemplo, a compra de serviços de terceiros representava cerca de 90% da despesa geral do INPS (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989).

A crise do chamado “milagre brasileiro”, o início da crise do capitalismo mundial e a perda de legitimidade do regime autoritário, evidenciada pelo resultado das eleições de 1974, forçaram mudanças nas políticas adotadas pelo governo (PAIM, 1989). Na área da saúde, foi criado, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde e, em 1977, foi consolidado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que passou a coordenar toda a atenção médica prestada aos previdenciários. O Sistema Nacional de Saúde definiu diretrizes que marcaram dicotomias importantes nas políticas de saúde, cindindo ações entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Ao Ministério da Saúde cabiam as ações dirigidas à coletividade, à prevenção, promoção e de caráter público. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, couberam as ações dirigidas ao indivíduo, para a promoção da cura, da assistência à saúde e de caráter privado (AMARANTE, 2003c).

Na área da saúde mental, essas mudanças se fizeram presentes de forma impressionante. Na realidade, é nesse período que a psiquiatria passar a ser considerada prática assistencial de saúde, já que, antes de 1964, as políticas eram destinadas ao doente mental indigente e, no pós-1964, passariam a estender a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes (Resende, 1994).

A década de 1960 demarca, para a questão da loucura, o momento de privatização da psiquiatria e de transformação da doença mental em objeto de lucro. A literatura chama esse processo de “indústria da loucura”. A compra de leitos em hospitais psiquiátricos privados foi a estratégia do governo brasileiro para “desafogar” a superlotação dos hospitais públicos e garantir um maior acesso a esse tipo de atendimento. Resende(1994) demonstra esse aumento da rede privada, afirmando que, em 1965, existiam quatorze mil leitos nessa rede e que, em 1970, esse número havia saltado para trinta mil. O autor comenta também que não havia, nesse período controle sobre o tempo de internação, que chegava à media de três meses.

O modelo de privatização do setor saúde, e não apenas no âmbito da saúde mental, assumiu tamanha dimensão que contribuiu significativamente no desencadeamento da crise institucional e financeira da Previdência Social, que teve lugar no início dos anos 80: em parte pela grande quantidade de serviços comprados, em parte pelas fraudes e irregularidades que a imprensa regularmente denunciava (AMARANTE, 2003c, p. 38).

De acordo com Resende (1994), muitos obstáculos e resistências vieram se contrapor à perpetuação dessa tendência, entre eles, as denúncias contra o favorecimento da indústria da loucura e a cobrança de mais eficiência do sistema, considerado dispendioso e cronificador. O autor associa as denúncias à conjuntura econômica da época, a qual combinava aquecimento da economia com altas taxas de crescimento e sintomas de escassez de mão-de-obra. Levando-se em conta as colocações de Resende, podemos ponderar que manter uma multidão de internos ociosos nos hospitais psiquiátricos poderia ser considerado, verdadeiramente, um desperdício de força de trabalho. “Não é uma simples coincidência que em todas as propostas que viriam a seguir se mencionasse explicitamente o objetivo, entre

outros, de manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho” (RESENDE, 1994, p. 64).

Assim, a partir de 1970 as críticas, de certa forma, passam a ser absorvidas pela Previdência Social, que começa a efetuar algumas mudanças na área da assistência psiquiátrica, logrando reduzir as taxas de internação e de pacientes hospitalizados, como, por exemplo, exercer um maior controle sobre o tempo de internação através de supervisores da própria Previdência, bem como os ambulatorios empenharem-se em limitar as internações psiquiátricas.

Igualmente o Ministério da Saúde incorporou algumas das questões levantadas por seus críticos e elaborou um documento em conjunto com os ministros da saúde dos demais países latino-americanos em 1972, lançando as bases sob as quais se pretendia nortear os rumos da assistência psiquiátrica no País. Dentre elas o documento recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, a condenação do macro-hospital, ações especiais dirigidas ao egresso e campanha para a reabilitação dos crônicos (RESENDE, 1994).

Resende considera que há uma melhora nas condições de hotelaria e uma dinamização da estrutura funcional dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). A DINSAM reflete uma tendência preventista e propõe o Manual de Assistência Psiquiátrica, em 1973, baseado no documento elaborado por Luiz Cerqueira³⁴, enfatizando a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do doente, bem como do trabalho em equipes multidisciplinares. Esse manual influenciou o campo da saúde mental, mas não foi efetivamente implementado (RESENDE, 1994; AMARANTE, 2003c).

³⁴ Luiz Cerqueira foi um dos mais importantes críticos do modelo manicomial na década de 1970.

Contraditoriamente, o ano de 1974 marca o fim do período de relativa prioridade à psiquiatria, o que se pode perceber pela redução de recursos na área, conforme demonstrou Resende. No ano de 1970, os gastos com assistência psiquiátrica representavam 8% dos gastos com assistência médica. Em 1974, passaram a representar 5,73% e, em 1980 chegaram à ínfima marca de 4,25%. (RESENDE, 1994, p. 67). De acordo com o autor, o Estado brasileiro não tinha condições de bancar os custos cada vez mais altos dos processos de legitimação do capitalismo. Assim, no que se refere à psiquiatria, não restou outra alternativa senão renunciar às tímidas intenções de empenho curativo e reassumir o papel que sempre lhe coube na história: “recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade” (p. 69).

Nessa conjuntura, é que surge, em 1978, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.2.2.1. Origens da Reforma Psiquiátrica. Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde

O modelo implantado no setor saúde pelo Regime Militar entrou em crise no início da década de 1980. Oliveira e Teixeira indicam as principais características da fase aguda da crise: (a) o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde, na direção da reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados dos serviços de saúde; (b) eclosão de movimentos grevistas por parte dos profissionais de saúde que identificam a origem de seus problemas no funcionamento do sistema de saúde; (c) ampla divulgação da política previdenciária

de assistência médica, socializando o debate; e (d) o bloqueio de qualquer proposta de mudança mais radical que venha a penalizar os setores capitalistas mais diretamente envolvidos (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989, pp. 269-270). Esse conjunto de questões refletiu-se em ações públicas relacionadas à saúde, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o PREV-SAÚDE.

O PREV-SAÚDE foi criado, em 1980, por um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Os autores afirmam que, com esse programa, criou-se um espaço no interior do aparelho estatal para que técnicos esclarecidos veiculassem um projeto de reformulação da política de saúde vigente. O Programa seguia orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como o aumento do controle do setor público sobre o sistema de saúde, a promoção da descentralização operacional e da participação comunitária e a integração das atividades de promoção, recuperação e reabilitação da saúde (OLIVEIRA, 1999 e OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Ao mesmo tempo, os movimentos de crítica ao modelo de saúde, até então implantado, cresciam e organizavam-se, originando o que, posteriormente, ficaria conhecido como Movimento Sanitário.

Segundo Amarante (2003c), durante os anos de 1981 e 1982, o governo militar buscou formular alternativas para a crise do modelo assistencial, causada pela crise financeira da Previdência. O autor destaca entre as medidas do governo, a Co-gestão, que seria uma política de planejamento e gestão conjunta entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). O CONASP foi criado em 1981 e era um órgão do MPAS, formado por quinze membros representando o Estado e a sociedade. Sua criação representou a primeira

vez que um órgão oficial no espaço da Previdência assumiu a crítica ao sistema e propunha a reversão do sistema vigente (HEIDRICH, 2002).

No ano de 1982, o CONASP propôs o Plano da Assistência à Saúde da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP. O documento apresentou uma série de propostas com vistas a transformar o sistema de saúde, entre elas, sugeria a integração das ações de saúde pública e previdência. Seguindo as recomendações do Plano CONASP, em 1983 surgiu o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS eram norteadas pelos princípios da universalidade do atendimento, da integração e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e do poder decisório, democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários, bem como planejamento e controle efetivo do setor público sobre o conjunto do sistema.

A partir de 1985, com o final da ditadura militar e o advento da Nova República, as AIS se transformaram em eixo fundamental da política de saúde. Caracterizaram-se por ampliar a cobertura dos serviços médicos oferecidos à população não previdenciária.

A discussão em torno de propostas para a reforma do setor saúde desencadeou a organização de um movimento de intelectuais, técnicos, profissionais e usuários dos serviços de saúde, o qual ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária. Este teve participação fundamental na discussão e concretização das mudanças na política de saúde na década de 80 e no movimento pela reforma psiquiátrica no País.

No ano de 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do período, contando com a participação de mais de cinco mil pessoas de todos os

segmentos. A Conferência destacou um novo conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado e apontou a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde.

No ano de 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que deram continuidade à reforma do setor saúde no Brasil. A implementação dos SUDS tinha, como objetivo, contribuir para a consolidação e desenvolvimento das AIS.

Em 1988, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde(SUS), o qual foi normatizado em 1990. O SUS marca a vitória do movimento sanitário, que estabeleceu as normas para garantir o atendimento à saúde a toda a população brasileira, desvinculando a atenção à saúde da Previdência Social e estabelecendo-a como direito do cidadão (todo cidadão, e não só aquele que contribui para o sistema) e dever do Estado.

A conjuntura da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) constituirá o terreno no qual foi plantada e brotou a reforma psiquiátrica no Brasil.

2.3. O destino – Reforma Psiquiátrica à brasileira

O processo conhecido como reforma psiquiátrica brasileira está em construção desde o final da década de 1970, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Os elementos que enfeixam o movimento pela reforma são considerados o destino desta viagem, que terá sua concretude apontada no terceiro capítulo dessa tese. O destino que nos propomos chegar.

Chegada, não como fim. Mas como possíveis e necessários recomeços, novas partidas, novos vôos. Entender a trajetória percorrida pelos movimentos sociais, para materializar a reforma, são essenciais.

2.3.1. Anos 1970 e a origem do MTSM – o início da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira

As discussões sobre a reforma psiquiátrica têm início no Brasil entre os anos de 1970 e 1980³⁵ e envolve diversos atores e posicionamentos. Entre eles, Amarante et al (1995) destacaram o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), por ser o “ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (p.51). Como vimos, houve processos de transformação na assistência psiquiátrica no Brasil, praticamente desde o surgimento das primeiras ações nessa área. Porém, o marco da discussão e questionamento ao saber psiquiátrico é o episódio conhecido como a “Crise do DINSAM” – Divisão Nacional de Saúde Mental ³⁶.

A crise da DINSAM foi deflagrada a partir da denúncia de três bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, os quais registraram, no livro de ocorrências do

³⁵ O período em questão consistia num momento de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, que vivia período ditatorial. Vários movimentos surgiram na sociedade representando o esforço na busca da democracia. A resposta do governo a essa movimentação social foi o início de um processo de abertura “lenta, gradual e segura”.

³⁶ De acordo com Amarante, a DINSAM, desde 1956/57 não realizava concurso público e, em 1974, passou a contratar bolsistas – profissionais graduados ou estudantes universitários. Trabalhavam em condições precárias, em clima de ameaça e violência a eles próprios e aos pacientes destas instituições. Havia denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE et al, 1995).

Hospital, as irregularidades da unidade hospitalar. O ato acabou mobilizando profissionais de outras unidades e recebeu apoio de do Movimento de Renovação Médica (REME)³⁷ e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)³⁸. Ocorreram diversas reuniões, discussões e debates e o MTSM denunciava a falta de recursos nas unidades, a precariedade das condições de trabalho. O movimento mantém-se por oito meses em destaque na imprensa (AMARANTE et al, 1995).

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE et al, 1995, p. 52).

O movimento surgiu como um fórum de profissionais de saúde, e, seu ponto mais marcante foi a participação da sociedade nas discussões da transformação da psiquiatria desde seu momento inicial (PEREIRA, 2004). A pauta de reivindicações do MTSM girava em torno de questões trabalhistas e questões ligadas à necessidade de transformações na assistência psiquiátrica. É importante ressaltar que a mudança da assistência psiquiátrica não constituía um objetivo em si da MTSM, estaria, porém, vinculada à busca de uma democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade (AMARANTE et al, 1995).

Também com o objetivo de uma mudança em toda a sociedade, o Movimento da Reforma Sanitária se originou nesse período, e o MTSM se articulava a este nas

³⁷ A REME, segundo ESCOREL (1998) constituía uma das vertentes do Movimento Sanitário. Representa um movimento que “ocupou os sindicatos em um processo organizado (...) que por sua ação e seu pensamento distinguia-se da ideologia liberal”. Integrava o processo de tomada de consciência trabalhista por parte da categoria médica. (ESCOREL, 1998, p. 99).

³⁸ O CEBES foi criado para ser um Centro que promovesse um amplo debate, envolvendo vários setores e divulgando a opinião crítica de um conjunto de profissionais da saúde. Em 1976, o CEBES lançou uma Revista “Saúde em Debate” como meio de divulgação destes debates. “O CEBES materializou e difundiu o pensamento médico-social, (...) ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social” (ESCOREL, 1998, p. 76).

críticas à privatização da saúde no Brasil, às precárias condições de trabalho, e à assistência centrada no hospital – psiquiátrico ou não.

Articulado ao Movimento Sanitário, o MTSM passa a organizar e a participar de vários eventos, buscando discutir a problemática das políticas de assistência psiquiátrica no Brasil. Um desses eventos foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, em outubro de 1978, o qual ficou conhecido como “Congresso da Abertura”, pois “pela primeira vez, os movimentos de saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores (...) estabelecendo uma ‘frente ampla’ a favor das mudanças” (AMARANTE et al, 1995, p. 54). Um dos resultados desse encontro foi que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) passou a apoiar o projeto político do MTSM.

O período compreendido entre 1978 e 1980 foi de intensas articulações em variados eventos³⁹ que contaram, inclusive, com a participação de lideranças e estudiosos de processos de reforma psiquiátrica em outros países, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, Erwing Goffman, entre outros.

2.3.2. Mudanças na política de saúde

Conforme já apontamos, o período militar caracterizou-se, na área da saúde mental, por propiciar o surgimento da “indústria da loucura” no Brasil, com ampliação da rede privada de serviços psiquiátricos que, em que pese o aumento do número de leitos, apresentava situação lastimável de atendimento aos pacientes.

³⁹ Amarante et al (1995) relataram esses eventos de forma bastante interessante. Pereira organizou, baseando-se em Amarante et al um quadro com “Principais eventos organizativos do MTSM – 1978/1980” (PEREIRA, 2004, p. 97).

Nos anos de 1970 a assistência psiquiátrica brasileira sofreu influências das propostas preventivas que se apresentavam efetivas nos EUA e Europa⁴⁰ e que colocam um novo objeto de ação: a saúde mental. Vários documentos e manuais oficiais foram elaborados no sentido de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventista, extra-hospitalar e terapêutica. “Todavia, o que predominou foi a política e privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela previdência social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil” (PAULIN e TURATO, 2004, p. 11). Esse privilegiamento foi demonstrado por Cerqueira (1984):

De arrogância em arrogância, e em nome da sacrossanta iniciativa privada, mandando e desmandando na Previdência, esta empresa de saúde passou de supletiva a exclusiva e exige nada menos que o monopólio. Em 1941 eram 3 mil leitos psiquiátricos seus contra 21 mil oficiais; em 1978 estes eram 22 mil e os dela 55 mil. Enquanto o número de leitos permaneceu quase inalterado na esfera oficial, na esfera privada o crescimento foi de quase 20 vezes em 40 anos (CERQUEIRA, 1994, p. 47).

Dessa forma, qualquer discussão sobre a assistência psiquiátrica englobaria muito mais do que o entendimento sobre “qual o tratamento é mais eficaz”, ou a humanização do manicômio ou, ainda, a criação de serviços extra-hospitalares. Para além de “entendimentos” sobre a loucura e o cuidado com o louco, estavam/estão em jogo também os interesses econômicos de grupos que não abrem mão da “lucratividade” da loucura.

Nos anos de 1980, ocorrem algumas mudanças importantes na gestão da política de saúde e de saúde mental, conseqüentemente. Em 1980, é criada uma nova modalidade de convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social

⁴⁰ As propostas preventistas foram abordadas no primeiro capítulo desta tese.

(MPAS) e o da Saúde (MS): a **co-gestão**. Este convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do MS. Cria-se a possibilidade de implantar uma política de saúde que tem, como bases, o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização (AMARANTE et al, 1995). Os dois Ministérios estabelecem diretrizes a serem cumpridas na co-gestão: a) o atendimento deverá ser universalizado; b) os recursos humanos podem ser utilizados pelos dois ministérios, sendo possível operar transferências e cessões; c) passam a ser consideradas todas as atividades de administração, pesquisa, ensino e assistência para os recursos financeiros; e os dois Ministérios devem contribuir com partes iguais para a manutenção dos hospitais e d) ensino e pesquisa serão desenvolvidos nos hospitais com recursos da co-gestão.

A implantação da co-gestão funciona como recurso para a agilização assistencial e financeira das unidades. Os hospitais psiquiátricos públicos passam a sofrer transformações, inclusive em suas funções. Passam a funcionar como pólos de emergência, centros de referência, coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais. Nas palavras de Delgado (2001), os asilos públicos passam a liderar, de forma paradoxal, a campanha antiasilar no Brasil. .

Os principais opositores da co-gestão foram os empresários da loucura, proprietários de hospitais psiquiátricos. Tais empresários organizaram o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e passaram a criticar os hospitais públicos, por gastarem demais e serem pouco eficientes.

Considerando os resultados da co-gestão, o agravamento da crise financeira da Previdência e o crescimento de uma geração de novos quadros na saúde, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP.

O CONASP representa a ampliação para a Previdência Social dos pressupostos da co-gestão, ou seja, o fortalecimento do caráter público da política de saúde. Amarante et al (1995) apontam como conseqüências do CONASP: a criação do Hospital Jurandir Manfredini, considerado o primeiro serviço verdadeiramente 'alternativo' de assistência psiquiátrica; o início do I Curso de Especialização em Psiquiatria Social; a elaboração das diretrizes para uma política de saúde mental pela DINSAM, que assume uma proposta preventivo-sanitarista de caráter antiprivatizante, e a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. Enfim, o CONASP tende a instaurar a concepção de que saúde é responsabilidade do Estado.

Esse conjunto de fatos - relatados de forma breve - representa o que Amarante et al (1995) chamam de "primeira trajetória" do movimento da reforma psiquiátrica, traduzido pela "incorporação dos quadros do MTSM ao aparelho público, formulando e gerenciando as políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica". "Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem" (p. 67).

2.3.3. Anos 80 – gestando o processo de desinstitucionalização

Os anos 80 foram terreno fértil para o aprofundamento da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil. Neste item, demonstraremos os principais fatos e mudanças

no interior do MTSM, os quais originaram a luta por uma sociedade sem manicômios e o projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica no País.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento de reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (TENÓRIO, 2002, p.9).

Os processos mencionados por Tenório compõem a trajetória da desinstitucionalização apontada por Amarante et al. Tal trajetória origina-se na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Para analisarmos tal Conferência, faz-se necessário reportarmo-nos à VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da história da política de saúde brasileira.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de cinco mil pessoas entre delegados e observadores, e propôs que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a separação entre a previdência social e a saúde. Entre as conclusões dessa Conferência, ressaltam-se a ênfase na participação da população na formulação da política de saúde e o surgimento de uma nova concepção de saúde: como dever do Estado e direito dos cidadãos (HEIDRICH, 2002). Como desdobramento da Conferência, foi proposta a realização de conferências de temas específicos. As quais passaram a ser realizadas em seguida da mesma.

Entretanto, a Conferência de Saúde Mental encontrou grandes dificuldades para sua convocação, graças à resistência da direção da DINSAM à sua realização.

Assim, alguns membros do MTSM que ocupavam posições estratégicas no Ministério da Saúde, coordenações estaduais e municipais de saúde mental ou em Universidades passaram a convocar conferências municipais e estaduais independentes, com vistas à realização da Conferência Nacional⁴¹ (AMARANTE et al, 1995). Destaca-se, também, o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo, organizado pelo Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental⁴².

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada para junho de 1987, no Rio de Janeiro, e foi marcada por conflitos entre os membros do MTSM, da Associação Brasileira de Psiquiatria e da DINSAM. Amarante et al (1995) destacam conflitos de quatro ordens, quais sejam: a) a ABP e a DINSAM organizaram a Conferência com caráter congressual e não participativa, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde; b) a DINSAM buscou controlar a CNSM, constituindo comissão organizadora, relatora e de encaminhamento antecipadamente à realização da mesma; c) a DINSAM não previu a realização de grupos de discussão, o que só veio ocorrer depois de muita discussão e d) a DINSAM não aceitou a participação, como delegados, de usuários e familiares. Esses confrontos permitiram o encontro entre novos e antigos participantes do MTSM, que estabeleceram uma aliança e uma agenda comum, como destacam os autores:

O 'encontro' é o bastante para caracterizar este evento como um momento histórico na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Isto porque em primeiro lugar, pela significativa

⁴¹ Como exemplos dessas Conferências, Amarante et al (1995) citam o I Encontro Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1986, e a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em 1987.

⁴² O "Plenário" surgiu em decorrência de um processo de renovação do MTSM em São Paulo, durante o I Congresso Estadual de Trabalhadores de Saúde Mental do estado de São Paulo, o qual não havia sido organizado pelo MTSM, mas pela coordenação estadual de saúde mental. Assim, o Plenário surge como uma espécie de cisão no MTSM, buscando transformá-lo num fórum independente, desatrelado do Estado.

renovação teórica e política do MTSM que passou a ocorrer a partir de então; segundo, por ter demarcado o início de um processo de distanciamento entre o Movimento e o Estado e suas alianças mais tradicionais; e, terceiro, pela aproximação do MTSM com as entidades de usuários e familiares, que passaram a surgir no cenário nacional, ou que sofreram um processo importante de renovação política e ideológica. (AMARANTE et al, 1995, 80).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada de 25 a 28 de junho de 1987 e contou com a participação de cento e setenta e seis delegados eleitos nas etapas estaduais. As discussões giraram em torno de três temas: 1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Entre as deliberações da I CNSM, ressaltamos a previsão de reversão do modelo assistencial, rompendo com o modelo hospitalocêntrico, a ponderação de que os trabalhadores de saúde mental podem estar servindo como instrumentos de dominação do povo brasileiro, a necessidade de controle social no gerenciamento dos serviços e a preocupação com a cidadania do louco⁴³.

De forma paralela à I CNSM, o MTSM realizou reuniões para discutir os rumos e estratégias do movimento. Propunha-se desatrelar o Movimento do Estado e buscar formas de intervenção na sociedade. Foi proposta a organização do II Congresso Nacional do MTSM, que seria realizado em dezembro de 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo.

O Congresso de Bauru foi extremamente participativo e operou uma ruptura na trajetória do MTSM, que percebeu não bastarem transformações institucionais e modernização de serviços. Por essa razão, o MTSM retomou suas lutas originais de

⁴³ As deliberações dessa Conferência voltarão a ser abordadas nesta tese.

questionamento ao saber psiquiátrico e à institucionalização. “Em resumo, o movimento saía do campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo assistencial, ultrapassando-o estratégica e conceitualmente” (AMARANTE et al, 1995, p. 81).

A partir desse encontro, o movimento assumiu a denominação Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. A expressão manicômio passou a ser estrategicamente utilizada pelo Movimento, com o sentido de acentuar seu caráter ambíguo e híbrido (AMARANTE, 2003c). O Congresso de Bauru decidiu, também, pela organização do Dia Nacional de Luta Antimanicomial no dia 18 de maio.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que despreza os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça e melhores condições de vida (II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL, 1987).

O trecho acima, extraído do “Manifesto de Bauru”, demonstra a aproximação do Movimento com o paradigma da desinstitucionalização italiana. Uma observação atenta do final do trecho selecionado, evidencia-nos, inclusive, a semelhança com a fala de Franco Basaglia em sua viagem ao Brasil, citada no capítulo anterior. Vejamos: no fragmento do Manifesto de Bauru: “Lutar pelos direitos de cidadania

dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça e melhores condições de vida” ; e na fala de Basaglia: “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p.29).

O Movimento se apropria da discussão que extrapola o campo da psiquiatria e passa a entender que transformar o manicômio significa transformar a sociedade. Significa transformar o lugar social destinado à loucura e ao louco.

A nova etapa - inaugurada com a I CNSM e consolidada no Congresso de Bauru - repercutiu na assistência psiquiátrica brasileira. No que se refere ao modelo assistencial, surgiram novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. Em 1987, por exemplo, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, em São Paulo – o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS da Rua Itapeva)⁴⁴. Em 1989, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, foi implementado um sistema psiquiátrico substitutivo ao modelo manicomial, com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, entre outros dispositivos. Esse sistema sofreu forte influência da experiência italiana de Trieste.

A experiência dos serviços substitutivos, especialmente os santistas, que se demonstraram como experiências reais, concretas e passíveis de substituição do hospital psiquiátrico e constituição de um rede territorial de cuidados, culminou na apresentação, em setembro de 1989, pelo deputado federal Paulo Delgado, do Projeto de Lei 3.657/89, o qual se tornou centro dos debates sobre a política de saúde mental no Brasil, por vários anos. Tal projeto de lei só foi aprovado doze anos

⁴⁴ Uma interessante descrição do surgimento e funcionamento do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira foi publicado por YASUI (1989).

depois (Lei 10.216/01), após muitas idas e vindas e, após relativizar seu caráter antimanicomial, como veremos em seguida.

Um outra consequência dessa fase da reforma psiquiátrica se deu no âmbito jurídico-legal, com a discussão e publicação de diversos instrumentos legais que “mexiam” com a questão da loucura e da política de saúde mental. A legislação em saúde mental desse período será abordada a seguir.

2.3.3.1. O projeto Paulo Delgado

O ano de 1989 foi um ano importante na história da sociedade brasileira. No ano anterior, o país havia promulgado sua “Constituição Cidadã”, após um processo constituinte que envolveu toda a sociedade. Foi também o ano da primeira eleição direta para a presidência da República, depois de um longo período de ditadura militar, na qual dois projetos distintos para o País disputaram o segundo turno das eleições: Fernando Collor de Mello, representando os interesses mais privatistas e, Luiz Inácio Lula da Silva, representante da categoria dos trabalhadores. Collor venceu as eleições no segundo turno. É nesse contexto político que será apresentado, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 3.657/89, o Projeto Paulo Delgado.

De acordo com Pereira (2004), a elaboração inicial desse projeto deu-se em decorrência de um intenso debate sobre a questão da cidadania dos doentes mentais e a reorientação do modelo assistencial. Assim, dava-se continuidade à discussão da I Conferência Nacional de Saúde Mental. A ementa do projeto inicial

era a seguinte: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

Com quatro artigos, o Projeto de Lei proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos por parte do poder público (1º); previa a instalação pelos estados de recursos não-manicomiais (2º); regulava a internação compulsória, que deveria ser acompanhada pela Defensoria Pública (3º); e revogava o Decreto que regulamentava a questão psiquiátrica, de 1934 (4º).

Após ser apresentado ao Congresso em setembro de 1989, o Projeto foi encaminhado a duas Comissões (Comissão de Constituição e Justiça e Redação – CCJR -, e Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF) da Câmara de Deputados, das quais saiu com parecer favorável. Quando retornou ao Plenário em 1990, as discussões revelavam as diferentes posições a respeito do mesmo. De acordo com Pereira (2004), os questionamentos centravam-se na exeqüibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos. O projeto foi aprovado em 14 de dezembro de 1990, por acordo de lideranças, e encaminhado ao Senado Federal, onde tramitou por quase dez anos, até ser aprovado em 2001, conforme veremos, ainda, neste capítulo⁴⁵.

O período de tramitação do PL no Congresso possibilitou que muitos estados brasileiros realizassem o debate e elaborassem instrumentos legais, tratando da questão da saúde mental. O estado pioneiro foi o Rio Grande do Sul que, em 1992, aprovou a Lei 9.716, de 7 de agosto de 1992, propondo a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Além disso, criava regras de proteção aos que padecem de sofrimento

⁴⁵ Para conhecer todo o processo de tramitação do PL 3.657/89 na Câmara e no Senado, consultar o competente estudo de Pereira (2004).

psíquico, especialmente, quanto às internações psiquiátricas compulsórias. (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Em seguida, outros estados passaram a normatizar a questão: o Ceará, em 1993; Pernambuco, em 1994; o Rio Grande do Norte, Minas Gerais, o Paraná e o Distrito Federal, em 1995; e, em 1996, o Espírito Santo. De acordo com Pereira (2004), todos os projetos estaduais tiveram amplo apoio do movimento social e funcionaram como reforço à aprovação do projeto original.

2.3.4. Década de 1990

A tramitação do PL Paulo Delgado no Congresso Nacional e as experiências extra-hospitalares que vinham sendo desenvolvidas em várias localidades do país fizeram com que a problemática da saúde mental e da reforma psiquiátrica permanecesse no debate público do País. Além do mais, em âmbito internacional ocorriam, também, questões que traziam à tona tal problemática. Um evento de grande importância foi a Conferência de Caracas, realizada em 1990.

A Conferência de Caracas criou uma espécie de consenso entre os governantes latino-americanos em torno de uma nova plataforma psiquiátrica. Os participantes da Conferência partem do princípio de que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva, e que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, dificulta a consecução de tais objetivos. Assim, declaram:

- 1) Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde nos moldes dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e suas redes sociais;
- 2) Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- 3) Que recursos, cuidado e tratamento devem salvaguardar a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, estando baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, além de propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;
- 4) Que as legislações dos países devem adequar-se para assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes e promover a organização de serviços que garantam o seu cumprimento;
- 5) Que a capacitação de recursos humanos deve ser realizada apontando para um modelo comunitário;
- 6) Que as Organizações, associações e demais participantes da Conferência se comprometam a assegurar e desenvolver programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam com a promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais.

Assim, conclamam Ministérios da Saúde e Justiça, Paramentos, Seguridade Social, prestadores de serviço, organizações profissionais, associações de usuários, universidades, entre outros, a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica (OMS, 1990).

Outro evento importante dos anos de 1990 foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, de 01 a 03 de dezembro de 1992. A Conferência contou, ao longo de suas três fases, com a participação de mais de

vinte mil pessoas, sendo precedida por vinte e quatro conferências estaduais e cento e cinquenta municipais. É importante destacar que houve a participação de quinhentos delegados eleitos em composição paritária (usuários e sociedade civil organizada; e governo e prestadores de serviços). Além disso, trezentos e vinte observadores foram credenciados, sendo que quinze eram personalidades estrangeiras. A participação ativa dos representantes dos usuários é considerada com um indicador importante de mudança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, II CNSM, 1994).

Nessa Conferência, foram aprovados os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (AMARANTE et al, 1995). O tema da II CNSM foi “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”.

Fechando o leque de relevantes instrumentos normativos da década de 1990, ressaltamos as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, visando a incentivar a criação de serviços de atenção psicossocial, inspirados nas experiências bem sucedidas de Santos e São Paulo. Até então, só eram remunerados pelo Ministério da Saúde as internações em hospital psiquiátrico e os procedimentos ambulatoriais. Esses novos instrumentos possibilitaram a formação e ampliação da rede de atenção extra-hospitalar em saúde mental no País. Assim, a Portaria SNAS 189, de 19 de novembro de 1991, alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental. A Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992, regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental (BRASIL, 2004).

Em paralelo às ações burocrático-legal-administrativas que iam desenhando o processo de reforma psiquiátrica nos anos 90, o movimento social seguia fortalecendo-se. Desse modo, em Salvador, no ano de 1993, ocorre o I Encontro

Nacional de Luta Antimanicomial, que contou com cerca de quinhentos participantes. O tema do Encontro foi “O Movimento Antimanicomial como movimento social”. O encontro discutiu a questão da relação manicomial da sociedade capitalista e declarou que o MNLA pretendia não apenas a extinção do manicômio, mas também uma mudança ampla em nível da sociedade, na qual se resgatasse o respeito à subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade (MAIA e FERNANDES, 2002).

Tenório faz um balanço positivo da década de 1990, afirmando que ela

“viu amadurecerem e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. (...)pode-se dizer, sem exagero, que se construiu uma nova hegemonia. Entre muitos pontos a destacar, estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (...); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo” (TENÓRIO, 2002, pp. 13-14).

De fato, as mudanças nas formas de cuidar passaram a ser operadas nos anos de 1990. Entretanto, a “nova hegemonia” limitava-se, talvez, ao campo conceitual, na discussão nos eventos de saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, em 2000, o País dispunha de duzentos e oito CAPS em funcionamento, mas podemos afirmar que o modelo hospitalocêntrico mantinha-se quase inabalável e cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

2.3.5. Ano de 2001 – transformações e avanço na reforma psiquiátrica brasileira

Após doze anos tramitando no Congresso Federal, o projeto de lei sai do Senado e retorna à Câmara de Deputados como substitutivo do senador Lucídio Portela. Em 06 de abril de 2001, a lei foi finalmente aprovada. O texto aprovado difere bastante do projeto de lei Paulo Delgado, especialmente no que se refere à reversão do modelo assistencial e à extinção dos manicômios no país.

Pereira (2004) identificou posicionamentos diferentes no que tange ao projeto: favoráveis e contrários. Entre os favoráveis, a autora apontou os representantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e, entre os contrários, identificou três grupos: a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação dos familiares dos Doentes Mentais e um terceiro grupo, chamado “Psiquiatria Científica”, que incluiria psiquiatras pesquisadores e professores universitários. A autora destaca que, nos dois últimos grupos, a posição contrária não era consensual. Entretanto, os familiares e professores favoráveis ao projeto estavam inseridos no MNLA.

O texto aprovado foi organizado em treze artigos, e sua ementa “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial” (BRASIL, 2001). Os dois primeiros artigos tratam dos direitos da “pessoa acometida de transtorno mental”, entre eles o de ser tratada “preferencialmente” em serviços comunitários de saúde mental. O terceiro artigo

responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Do artigo 4º ao 10º, a Lei trata da internação e regulamenta a internação involuntária. O 11º trata da necessidade do consentimento do paciente para a realização de pesquisas, o 12º discorre sobre a necessidade de o Conselho de Saúde acompanhar a implementação da Lei; e o último determina que a Lei entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Podemos considerar que o texto aprovado reflete a disputa de interesses que se colocou (e ainda se coloca no campo da saúde mental) no processo de discussão e aprovação da lei. A Lei 10.216/01 aponta para a “reforma psiquiátrica possível” naquele momento.

Ao compararmos o texto do PL Paulo Delgado apresentado em 1989 com o texto da Lei efetivamente aprovada em 2001, verificamos claramente esta conciliação que, a nosso ver, representou um retrocesso no que se refere ao processo de reforma psiquiátrica brasileira. O projeto original previa a extinção dos manicômios e proibia a construção e contratação de novos leitos psiquiátricos. O texto aprovado limitou-se a indicar o redirecionamento do modelo assistencial no Brasil sem, no entanto, apontar para qual direção. De um maneira bastante tímida, define, em seu artigo 2º, que a pessoa portadora de transtorno mental deve “ser tratada **preferencialmente** em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001- grifo nosso). O “preferencialmente” deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois modelos antagônicos de cuidados em saúde mental. Ainda que a rede de serviços que está sendo construída esteja descentrada do hospital/manicômio e utilize os Centros de Atenção Psicossocial como principal

estratégia, há que se destacar que o hospital ainda se faz presente, e arriscamos afirmar, na maioria dos casos, é o “ator principal”.

Dessa forma, concordamos com Pereira (2004), quando afirma que as legislações criaram condições para trilhar os caminhos que estão sendo traçados, mas a garantia de direitos dos portadores de transtornos mentais é, ainda, uma trilha a ser desenhada.

No final do ano de 2001, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi precedida por etapas estaduais, municipais e regionais, as quais envolveram cerca de vinte e três mil pessoas. A etapa nacional contou com um mil e quatrocentos e oitenta delegados, representantes de todos os segmentos. Essa Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferiu aos CAPS o papel estratégico para a mudança do modelo de assistência⁴⁶ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

2.3.6. Fotografia da reforma na atualidade

Já se passaram vinte anos desde a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, e seis anos, desde a promulgação da “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Nesse período, a reforma psiquiátrica caminhou em ritmos diversos. Às vezes mais ágil, noutras quase parando. Em alguns episódios, parece que vai andar pra trás. Mas o fato é que podemos enumerar uma série de inovações

⁴⁶ Mais detalhes serão tratados no item “As Conferências e a desinstitucionalização”, no próximo capítulo desta tese.

que o movimento foi construindo ao longo dessas duas décadas e que serão descritas a seguir.

Como vimos no item anterior, os anos de 1990 marcaram o início de uma política de reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Contando com coordenadores ligados ao movimento pela reforma psiquiátrica (Domingos Alves, Ana Pitta, Alfredo Schechtman e Pedro Gabriel Delgado), a área de saúde mental do Ministério da Saúde assumiu a busca pela reversão do modelo assistencial como projeto oficial. Os anos 1990 facilitaram esse processo, já que foram os anos de implantação do Sistema Único de Saúde, cuja normatização data de 1990. Assim, de certa forma, as transformações na área da saúde mental acompanharam as inovações no Sistema de Saúde em geral.

A política de saúde mental do Ministério da Saúde está sendo desenhada com base em algumas frentes: os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta Para Casa, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, iniciativas de geração de trabalho, renda e de economia popular e solidária, entre outras.

Abordaremos rapidamente cada uma dessas frentes de atuação da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde.

2.3.6.1 O CAPS como principal dispositivo da reforma

Conforme já foi apresentado, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial brasileiro foi criado em 1987, em São Paulo. Desde então, esses serviços têm sido

apontados como estratégicos na consolidação das redes de atenção psicossocial, por pretenderem ser substitutivos ao hospital psiquiátrico.

A primeira normatização dos CAPS se deu através da Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Nela, os CAPS foram definidos como sinônimo dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Após a aprovação da Lei 10.216/01, o Ministério da Saúde publicou novos instrumentos legais que regulamentavam o funcionamento e o financiamento dos CAPS (Portarias 336/GM e 189/SAS – esta última foi republicada). A Portaria 336/GM reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que passaram a ser responsabilizados pela atenção integral às pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes. É importante destacar que a questão do território faz parte da normatização e expande a idéia de área geográfica, abarcando todo o conjunto de pessoas de uma certa região, seus costumes, hábitos, entre outros.

Os CAPS devem ser públicos, com base municipal, fiscalizados pelo controle social. Tais características são típicas dos serviços públicos de saúde sob a égide do Sistema Único de Saúde.

Os CAPS são diferenciados, entre si, pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, sendo organizados de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. A Portaria 336/GM, de 2002 (BRASIL, MS, 2004), diferencia cinco tipos de CAPS, quais sejam:

- CAPS I – são serviços de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. A Portaria define uma equipe mínima de nove profissionais e funcionamento durante a semana. A capacidade do serviço é de até

240 pessoas por mês. A clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso do álcool.

- CAPS II – são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A equipe mínima é definida com doze profissionais e sua capacidade em 360 pessoas por mês. Deve funcionar em dois turnos, durante cinco dias da semana. Sua clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPS III – são os serviços de maior porte da rede de CAPS. Foram previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São serviços 24 horas, capacitados para realizar acolhimento noturno. A equipe mínima foi definida com 16 membros, além da equipe noturna e a dos finais de semana. Os CAPS III têm capacidade de acompanhar cerca de 450 pacientes por mês.

- CAPS i - Os Centros de Atenção Psicossocial infantil são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionam durante os cinco dias da semana e têm capacidade de acompanhar 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima foi definida como sendo composta por onze profissionais.

- CAPS ad – Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas são serviços de saúde mental especializados no atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias da semana ,e sua equipe mínima prevista é de treze profissionais. Têm capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser os articuladores da rede de saúde mental em seu território e articular os recursos existentes em variadas redes. O objetivo dos CAPS “é oferecer atendimento à população de sua área de

abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

A expansão da rede de CAPS tem sido uma das principais estratégias da atual Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. No ano de 2004, inclusive, foi realizado o I Encontro Nacional de CAPS em São Paulo, o qual contou com a participação de duas mil pessoas e avaliou os desafios e avanços da mudança do modelo assistencial de saúde mental no País.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no final da década de 1980, havia dez CAPS no Brasil. Em 2001, ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, já eram contabilizados 295. Em 2003, 500 CAPS. E o ano de 2006 fechou com o cadastramento do CAPS 1000, muito comemorado pela Coordenação de Saúde Mental do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 e 2007).

Esse aumento impressionante da rede de serviços comunitários de atenção à saúde mental possibilita-nos afirmar que a reforma psiquiátrica está avançando no Brasil, já que, junto com as outras iniciativas do MS que serão apontadas a seguir, a mesma é, sem dúvida, uma alternativa ao modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Entretanto, se esses serviços têm o caráter substitutivo ao hospital, fundamental no paradigma da desinstitucionalização, é uma questão que ainda merece ponderações.

A primeira questão a ser ponderada refere-se à distribuição espacial dos CAPS que, conforme o próprio Ministério da Saúde, reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. O MS utiliza o indicador de CAPS/100.000 habitantes para desenhar o quadro geral da assistência. O quadro a seguir resume a situação das regiões brasileiras em 2005.

QUADRO Nº 2 . DISTRIBUIÇÃO DE CAPS POR REGIÕES BRASILEIRAS.

Região	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	Total de dispositivos	CAPS por 100.000 habitantes
Norte	14.698.878	13	14	1	1	6	35	0,19
Nordeste	51.019.091	64	69	5	13	19	170	0,28
Centro-Oeste	13.020.767	22	12	0	4	8	46	0,27
Sudeste	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Sul	26.973.511	55	51	2	12	17	137	0,41
Brasil	184.184.264	251	266	25	56	91	689	0,31

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005).

O quadro apresenta um fato importante a ser destacado. A cobertura populacional por rede de CAPS é desigual no Brasil. Enquanto temos a região sul com a maior cobertura, sendo 0,41 para cada 100.000 habitantes, a região norte apresenta uma cobertura 50% menor. Cabe ressaltar que, até 2004, o Amazonas, por exemplo, não tinha nenhum CAPS cadastrado, caso que foi destacado no I Congresso Nacional de CAPS.

Uma outra questão relevante a ser ponderada no que se refere à rede de CAPS é a do financiamento dos mesmos. Conforme já apontamos, o Ministério da Saúde definiu, através da Portaria SAS 189/02 que o financiamento dos CAPS se daria com recursos específicos e extrateto, o que representa um grande incentivo aos municípios para credenciar esse tipo de serviço.

Entretanto, a forma de financiamento, baseada em procedimentos, merece ser revista. O financiamento dos CAPS se dá através de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC). São três os procedimentos⁴⁷

⁴⁷ FREIRE, UGÁ e AMARANTE (2005) criticam essa nomenclatura. Afirmam que “procedimento” diz respeito a casos de internação de pacientes agudos, não sendo apropriado para atendimento ambulatorial. Sugerem, chamar “diária psicossocial”.

dos CAPS definidos pela legislação: (a) intensivo – atendimento diário; (b) semi-intensivo – atendimento constante, mas não diário – até três vezes na semana; e (c) não-intensivo – atendimento com frequência menor – até três vezes ao mês. Para cada uma dessas modalidades de atendimento, a legislação definiu limites de número de atendimentos, conforme o tipo de CAPS. Assim, resumindo a questão, o financiamento dos CAPS ocorre a partir de uma lógica de produtividade, traduzida em número de pessoas atendidas. Cada usuário do CAPS tem uma APAC, e são as assinaturas (presenças) do mesmo no serviço que qualificam o centro de atenção a receber o valor dos procedimentos.

Podemos afirmar que essa é uma lógica manicomial, presa à doença, ao diagnóstico, ao tratamento. Freire, Ugá e Amarante (2005) fazem essa denúncia, questionando: como poderemos colocar a doença entre parênteses (conforme a desinstitucionalização basagliana) se ela é quem dá sustentação financeira ao serviço? Por outro lado, a prática cotidiana do serviço de saúde mental, a conversa, o encontro, o vínculo com o bairro ficam excluídos desse financiamento e são, a nosso ver, o fator mais importante do serviço.

Uma outra questão a ser ponderada refere-se à resolutividade dos CAPS, à efetiva capacidade de substituir definitivamente o manicômio. Conforme nosso entendimento, o caráter substitutivo dos serviços de saúde mental extra-hospitalares é fator importantíssimo para a efetiva reforma psiquiátrica sob o prisma da desinstitucionalização. É preciso que a sociedade, os trabalhadores, os usuários e familiares acreditem e possam, efetivamente, contar com os serviços. Porém, tem sido notória a concepção do CAPS como uma alternativa ao hospital, mas quando a situação se torna emergencial ou, em linguagem coloquial, “quando a coisa aperta”,

não raro, equipes, gestores e usuários têm tido de recorrer ao hospital, que se fortalece enquanto espaço importante nos momentos de crise.

Finalmente, tem sido alvo de preocupação e discussão, nos meios acadêmicos e congressos de saúde mental, o risco de os CAPS estarem tornando-se “capscômios”. Essa denominação é utilizada para designar o risco de esse tipo de serviço estar apenas mudando o local do tratamento, sem transformar a essência da problemática do cuidado com a loucura e funcionando, na prática, como mini-manicômio.

Tendemos a acreditar que qualquer serviço que venha a ser criado corre tal risco. O que vai impedir a institucionalização é o esforço constante dos coletivos de trabalhadores e usuários em discutir, inventar e não se contentar com a rotina burocrática imposta por instrumentos legais.

2.3.6.2 – A regressão dos leitos em hospitais psiquiátricos e a inversão do investimento

A fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos têm sido, junto com a criação de rede substitutiva, os principais movimentos da política de saúde mental na atualidade. De acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a redução gradual e planejada de leitos vem se tornando uma constante nos últimos anos, sobretudo a partir da implantação do

Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)⁴⁸ e do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH)⁴⁹.

Conforme o quadro a seguir, os leitos psiquiátricos vêm diminuindo desde o início dos anos de 1990, destacando-se a partir de 2002. Em 1991, segundo Alves (1999) o número de leitos era de 85.037. Em 1996, o número já havia diminuído para 62.514. Segundo informativo do Ministério da Saúde, em junho de 2006 o número de leitos correspondia a 40.524, e o primeiro informativo de 2007 celebra o número de 39.657 leitos.

QUADRO Nº 3 – REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Ano	Número de leitos
1991	85.037
1996	62.514
2005	42.076
2006	40.524
2007	39.657

Fontes: Ministério da Saúde (2006, 2006) e Alves (1999).

⁴⁸ O PNASH/PSIQUIATRIA foi instituído em 2002. Consiste em um instrumento de avaliação no qual os gestores conseguem obter um diagnóstico da situação dos hospitais psiquiátricos. É um processo de avaliação sistemático e anual. Avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais na rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. Gera uma pontuação que, cruzada como número de leito, qualifica os hospitais em quatro categorias: boa qualidade, qualidade suficiente, precisa de adequações, baixa qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

⁴⁹ O PRH foi aprovado em 2004 e tem como principal estratégia promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande –porte (com 240 a 600 leitos). O MS definiu os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospital. O programa recompõe as diárias hospitalares em psiquiatria, as quais passam a ser compostas e diferenciadas para os hospitais, levando em conta o seu porte (classe), a qualidade de atendimento avaliada pelo PNASH/Psiquiatria e a redução de leitos efetivadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Essa diminuição do número de leitos acompanha uma inversão importante no que se refere aos recursos destinados às ações de saúde mental pelo Ministério da Saúde. De acordo com a tabela a seguir, os gastos do MS com serviços extra-hospitalares vêm aumentando e os hospitalares, diminuindo consideravelmente desde 2001.

TABELA Nº1 – PROPORÇÃO DOS RECURSOS DO SUS DESTINADOS AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E AOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES NOS ANOS 1997, 2001, 2004 E 2005.

Composição dos gastos	1997	2001	2004	2005
% Gastos Hospitalares em saúde mental	93,14	79,54	63,23	55,83
% Gastos Extra-Hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,77	44,17
Total	100	100	100	100

Fonte: MS (2006).

A redistribuição dos recursos com aumento considerável de investimento em serviços extra-hospitalares tem sido considerada um dos principais indicadores do processo de reforma psiquiátrica brasileira.

2.3.6.3. Outras iniciativas do MS para compor a reforma psiquiátrica

Além das duas iniciativas já destacadas, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem investido em uma série de outras iniciativas com o intuito de compor a rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental. Tais iniciativas vão

desde serviços específicos, como o caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos, até Programas especiais de promoção e incentivo à desospitalização de pacientes, como o Programa de Volta pra Casa (PVC).

- **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**

A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi normatizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM106, de 11 de fevereiro de 2000. (BRASIL,2004). Esses serviços são considerados fundamentais na rede de atenção extra-hospitalar, por representarem uma possibilidade de reinserção social das pessoas portadoras de transtorno mental. O principal objetivo de tais serviços é assegurar, aos portadores de transtornos mentais, o direito à moradia e à circulação na cidade.

A Portaria GM 106/2000 define os Serviços Residenciais Terapêuticos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, os quais não possuam suporte social e laços familiares. Define, também, que os SRTs constituem “uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” e que a cada transferência do hospital para uma residência deve reduzir ou descredenciar do SUS o número de leitos correspondente, realocando o recurso.

O fato de o recurso “acompanhar” o usuário é uma reivindicação histórica do movimento pela reforma psiquiátrica e constitui, portanto, uma característica importante desse instrumento legal.

Aos SRTs cabe, segundo a portaria: (a) garantir assistência as portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (c) promover a reinserção dessa clientela à comunidade (BRASIL, 2004).

A portaria define, ainda, os princípios e diretrizes do SRT, as normas e critérios para inclusão dos SRTs no SUS, as características físico-funcionais dos SRTs e outras questões administrativas. Cada residência deve abrigar, no máximo, oito moradores e estar vinculada a um serviço de atenção de saúde mental comunitário (CAPS ou ambulatório).

O processo de implantação e expansão da rede de SRT é recente no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), no ano de 2002 existiam 85 serviços desse tipo cadastrados no País. No ano de 2006, o número desses serviços é de 426, havendo 71 serviços em implantação. Em que pese o notório aumento do número de SRT nesse intervalo citado, a rede ainda é incipiente e merece ser incentivada. A questão da moradia constitui um problema na sociedade brasileira e, no caso das pessoas portadoras de transtornos mentais, são evidentes as dificuldades apresentadas. A nosso ver, os SRTs constituem peça importante na rede de atenção à saúde mental, por serem efetivos espaços de inclusão social e promoção da cidadania do portador de transtorno mental.

- **Programa de Volta Para Casa – Auxílio Reabilitação Psicossocial**

Em 31 de julho de 2003, foi aprovada a Lei nº 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio é parte integrante do Programa de Volta Para Casa, um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.

O Programa de Volta para Casa (PVC) é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, segundo o Ministério da Saúde (2005). Assim como os SRTs, o Programa constitui uma reivindicação histórica do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo sido formulado já na época da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O auxílio consiste em um benefício mensal, em dinheiro, destinado aos pacientes egressos de internações, de acordo com os seguintes critérios: (a) que o paciente seja egresso de internação cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; (b) que a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; (c) que haja consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter às regras do programa; e(d) seja garantida ao usuário a atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional (BRASIL, 2004).

O Programa, considerado um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, por intervir, de forma significativa, no poder de contratualidade social dos beneficiários, enfrenta desafios em sua implementação.

Entre eles, encontra-se um desafio que, embora primário, revela-se como sendo grandioso: a questão da falta de documentação. A longa permanência nos hospitais psiquiátricos tirou, além da liberdade, os requisitos mínimos para o exercício cidadão. O Ministério da Saúde afirma que estão ocorrendo “verdadeiros mutirões da cidadania” nos municípios, para garantir a identificação tardia dessas pessoas (MS, 2005).

Em dezembro de 2006, havia 2.519, beneficiários do programa e o MS afirma que, em 2007, faz-se necessária uma grande discussão sobre o tema. Propôs, por isso, um Seminário Nacional sobre o Programa de Volta para Casa, a fim de ampliar a compreensão e as reais possibilidades dos beneficiários (MS, 2006).

- **Saúde mental na atenção básica**

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações junto à atenção básica, especialmente, junto às ações do Programa de Saúde da Família (PSF). Trata-se de ações que estimulem a preocupação com as questões subjetivas do adoecer e os problemas mais frequentes de saúde mental. Assim, nos últimos anos, estão sendo construídas diretrizes e condições para que, nos municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros), a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica. Em tais municípios, pequenas equipes de saúde mental devem dar apoio matricial às equipes da atenção básica através da responsabilização compartilhada. Nos municípios maiores, a lógica é a mesma. No último Boletim Informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, foi divulgado um questionário que fora encaminhado às coordenações estaduais, a fim de mapear as ações de saúde mental existentes junto à atenção básica (MS, 2006).

Consideramos o trabalho junto à atenção básica fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde, já que a tomada de responsabilidade quanto às questões da saúde mental pelas equipes da rede básica representa um avanço no sentido de “despsiquiatrizar” a atenção em saúde mental e levar a questão da saúde mental para mais perto da população e da comunidade.

- **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes**

O Ministério da Saúde tem considerado a construção de uma política que atenda às necessidades e peculiaridades da população de crianças e adolescentes um dos maiores desafios para o campo da saúde mental (MS, 2006 a). O objetivo do MS, nessa área, é buscar minimizar o vazio histórico na atenção pública em saúde mental dirigido à população infanto-juvenil, por meio da implementação de ações que tenham, por diretriz, a atenção integral, equânime e inclusiva. Alguns exemplos de ações destacadas no Boletim Informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2006 são: (a) criação e expansão dos serviços tipo CAPSi. Atualmente são cadastrados 75 serviços desta modalidade; (b) instituição, em 2004, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil; (c) divulgação, em congressos, seminários, encontros e publicações, das diretrizes e princípios relacionados à atenção de crianças e adolescentes em saúde mental, no SUS; e (d) articulação e participação em importantes Fóruns de Discussão sobre os direitos das crianças e adolescentes (MS, 2006).

- **Programa de Inclusão pelo Trabalho**

Em 2004 ocorreu, a primeira Oficina Nacional de Experiências de geração de Renda de Usuários de Saúde Mental como um dos resultados do I Congresso de CAPS. Em 2005, existiam 156 iniciativas de geração de renda, formadas por pessoas com transtornos mentais, entre cooperativas, associações e grupos de trabalho (MS, 2005). Nesse mesmo ano, foi criado um Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, gestores do SUS, representantes das iniciativas de geração de renda e representantes de usuários. Esse GT possibilitou uma discussão mais sistematizada em torno dos temas da saúde mental e da economia solidária e a inclusão destes temas nas agendas sociais dos governos nas três esferas. O Ministério da Saúde passou a transferir recursos financeiros para os municípios que apóiam iniciativas de inserção econômica na área da saúde mental. Segundo dados do próprio MS, no final de 2006, 25 municípios recebiam esses recursos.

- **Centros de Convivência e Cultura**

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade (MS, 2005). São dispositivos considerados novos e inovadores, pois, apesar de fazer parte da rede de atenção, atuam no campo da cultura e da cidade. Não há atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem à pessoa com transtornos mentais e aos seus território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. “O Ministério da Saúde recomenda a implementação destes Centros para os municípios com população de mais de

200.000 habitantes, embora uma política de financiamento, controle e avaliação para este equipamento ainda esteja em franco debate” (MS, 2005).

- **Política de álcool e outras drogas**

O Sistema Único de Saúde tem oferecido, a cada ano, mais serviços de saúde para o tratamento da dependência do álcool e de outras drogas. Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2006 havia 138 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) cadastrados. São apontados como desafios, nessa área, a questão da ampliação da cobertura, especialmente, em capitais e em municípios de médio/grande porte e a necessidade de avaliação dessas ações. A questão da retaguarda dos hospitais gerais para internações de curto prazo tem se colocado como o nó mais importante para o tratamento dos dependentes de substâncias no sistema público de saúde (MS, 2006 a).

Todo esse conjunto de ações e estratégias do Ministério da Saúde compõe o retrato do processo da reforma psiquiátrica brasileira em curso no Brasil, sob o ponto de vista do gestor federal. Em nossa opinião, o Ministério da Saúde vem cumprindo seu papel, normatizando e avançando no sentido de “balizar” por onde anda a reforma psiquiátrica no País. Evidentemente, algumas características ficam aquém do esperado e buscado pelo movimento antimanicomial, uma vez que as forças contrárias ao movimento da reforma ainda se encontram a postos. O avanço e a efetivação da reforma se consolidarão de acordo e na medida em que a sociedade, o movimento antimanicomial (e este repleto de usuários ativos e dispostos a transformar a realidade), os trabalhadores comprometidos com uma lógica não-

manicomial, não-excludente e não-opressora de fazer saúde mental apropriem-se dessa discussão, organizem-se e fiscalizem as ações públicas nessa área.

Frente a esses elementos, a pesquisa empírica busca a análise dos elementos que estão na esteira dessa compreensão: como a legislação, os aparatos institucionais e as produções teóricas estão alimentando, ou não, a possibilidade de reconhecer, no cotidiano da vida na sociedade brasileira, o direito dos cidadãos serem reconhecidos e tratados de forma digna e que os emancipem. Assim , o capítulo três vai apresentar a caminhada metodológica bem como os achados que foram possíveis encontrar nas escalas percorridas.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Nesse capítulo, apresentamos a pesquisa realizada acerca da reforma psiquiátrica brasileira, buscando evidenciar se características do paradigma da desinstitucionalização italiana encontram-se presentes nas leis, documentos e artigos científicos analisados.

3.1. Planejamento da viagem – o embarque na proposta da pesquisa

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.
(Simão Bacamarte, In: Machado de Assis, 1998, p.29)

Embarcar na viagem para entender o processo da reforma psiquiátrica passa, necessariamente por abordar o universo da loucura, ou seja, compreender como a problemática da loucura se transforma em doença mental e posteriormente em problema a ser enfrentado pela sociedade através do Estado. Considerando o que afirma o personagem Simão Bacamarte, de Machado de Assis, em sua conhecida obra “O alienista”, estudar esta problemática revela-se como um grande desafio e é necessário planejar este estudo de forma a não se correr o risco de perder-se neste “continente”.

Desta forma, o ponto de partida desta tese é o reconhecimento que há um processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil desde o final dos anos de 1970

e que este inspira-se nas experiências de reforma que foram desenvolvidas em outros países, especialmente na Itália. O desafio é conhecer e analisar as características desse processo além do que nos é aparente, ou seja, além da existência real de serviços substitutivos, legislação específica, etc. Buscar-se-á compreender os diversos elementos que constituem este processo e desvelar as relações que o compõem. O foco da análise estará voltado para o processo de desinstitucionalização.

A definição dos caminhos a serem seguidos nesta viagem para buscar responder ao problema da pesquisa foram construídos sob forma de **questões norteadoras** que, segundo Prates (2002), são problematizações auxiliares que compõem a formulação central e devem sintetizar as variáveis que identificamos como fundamentais para explicar o problema de pesquisa. Nesta tese, as questões norteadoras são as seguintes:

(a) Como se desenvolveu a reforma psiquiátrica brasileira?

(b) Quais as características da reforma psiquiátrica que vem sendo desenvolvida no Brasil?

(c) Quais as características do paradigma da desinstitucionalização italiana?

Norteados por tais questões, passamos a desenhar o roteiro da viagem a ser percorrido com vistas a atingir os **objetivos** da tese:

Objetivo geral: Analisar o processo de reforma psiquiátrica brasileira, buscando identificar suas peculiaridades e verificar se o mesmo vem sendo construído sob a perspectiva da desinstitucionalização italiana.

Objetivos específicos:

- Reconstruir a história da reforma psiquiátrica brasileira, enfatizando as características do modelo que vem sendo implantado a fim de publicizar a experiência e identificar limites e potencialidades no sentido de avançar no processo de transformação na área.
- Conhecer as características do paradigma italiano de desinstitucionalização para construir um parâmetro para análise da experiência brasileira.
- Analisar a legislação, documentação e produção científica disponível na rede Scielo sobre a reforma psiquiátrica, a fim de identificar se a experiência brasileira preconiza os princípios da desinstitucionalização.

3.1.1. O porquê da viagem (ou Justificativa)

A reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil desde o final dos anos de 1970. A construção das bases para a consolidação da reforma se deu durante os anos 80, no período da abertura democrática no país e vinculada ao movimento sanitário, que lutou pela construção do Sistema Único de Saúde e pela saúde como um direito social. Nos anos de 1990, uma série de transformações na assistência à saúde mental ocorreu em diversas localidades do país das quais destacamos a criação de serviços substitutivos (Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) em várias localidades do Brasil, além de uma série de encontros e discussões sobre a reforma psiquiátrica e a questão antimanicomial. Estas movimentações na área da saúde mental culminaram na

aprovação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Desde então, passa a ser implantada uma Política de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde visando à reforma psiquiátrica e uma série de Portarias Ministeriais é publicada, normatizando a criação, organização e funcionamento de uma série de dispositivos extra-hospitalares de cuidado e atenção ao portador de transtorno mental.

Militantes e estudiosos da reforma psiquiátrica têm buscado abordar esta experiência que o Brasil vem desenvolvendo. Entretanto, a produção teórica e científica que aborda as características específicas deste processo é ainda, a nosso ver, incipiente. A maioria dos livros e artigos publicados sobre o tema versa sobre características de experiências isoladas, de processos específicos de desinstitucionalização através de serviços substitutivos específicos. Não desconsiderando a importância de tais registros, julgamos ser necessário um estudo que aponte o que há de genuíno nesta experiência, que considere as relações estabelecidas entre Estado e sociedade no que se refere ao trato com as políticas sociais e que busque, ao menos, publicizar os avanços que vêm sendo alcançados e os desafios que estão colocados para que se efetive a desinstitucionalização.

Uma outra questão que merece ser destacada neste momento refere-se ao fato da incipiente produção dos assistentes sociais sobre o tema. Estes profissionais sempre estiveram presentes na luta pela construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Entretanto, se analisarmos, por exemplo, o número de publicações sobre o tema em um dos meios de divulgação científica mais importantes da categoria, a Revista Serviço Social e Sociedade, publicada pela Editora Cortez, verificaremos

que o mesmo é irrisório⁵⁰. Desta forma, esta tese pretende também preencher esta lacuna e apresentar o olhar de um profissional do serviço social sobre tal problemática.

Além do mais, pensamos que a produção científica sobre a reforma psiquiátrica pode constituir-se num importante instrumento de divulgação e dispositivo de discussão na sociedade sobre a temática da loucura.

3.1.2. Trilhando os caminhos (O método)

A discussão do método na pesquisa social constitui momento importante do processo de investigação. Lênin afirmara que o “método é a alma da teoria”, ou seja, o método não se limita a um conjunto de procedimentos e instrumentais para a coleta de dados, mas refere-se à própria maneira de se conceber o mundo e, conseqüentemente, a como se vê a realidade a ser pesquisada (MINAYO, 2000).

Há uma série de questões polêmicas que envolvem o método de investigação nas ciências sociais: (a) se há ou não condições de se utilizar os mesmos referenciais das ciências naturais; (b) se há possibilidade da objetividade do pesquisador; (c) se há vinculação da pesquisa a uma ou outra visão social de mundo, dentre outras. Tais polêmicas precisam ser pensadas pelo pesquisador e é necessário deixar claro neste momento do projeto nossas “escolhas” e posturas metodológicas”.

Partimos do pressuposto apontado por Minayo (1993) de que alguns pontos distinguem as Ciências Sociais e as tornam específicas. São eles:

⁵⁰ Buscamos os artigos que tratam da questão da reforma psiquiátrica na Revista e foram encontrados somente 05 artigos versando sobre a temática da saúde mental. Ainda assim, três deles de um mesmo autor que não é assistente social.

(a) O objeto de estudo das Ciências Sociais é histórico. Isso significa que consideramos que todas as coisas que existem (instituições, relações sociais, “verdades”, concepções de mundo, etc.) são mutáveis, passageiras e podem, ser transformadas. Assim, considerando o objeto de estudo nesta tese, partimos da idéia inicial de que o entendimento de loucura, as instituições e normatizações que “tratam” desta questão foram criações sociais e podem ser transformadas e/ou abolidas pela sociedade.

(b) O objeto de estudo possui consciência histórica, ou seja, “de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas, com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, desenvolvem-se visões de mundo determinadas” (MINAYO, 1993, p. 20). Desta forma, tanto os indivíduos, quanto os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente produtores e produtos de seu tempo histórico.

(c) Há identidade entre o sujeito e o objeto de investigação. As Ciências Sociais investigam ações dos seres humanos e a pesquisa é realizada por seres humanos que tornam-se imbricados e comprometidos com o objeto.

(d) As Ciências Sociais são intrínseca e extrinsecamente ideológicas. Há comprometimento da ciência. Toda a ciência e, conseqüentemente toda a pesquisa veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas.

(e) O objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, o que implica considerar como sujeito de estudo “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores significados”. Este tipo de informação não cabe em indicadores quantitativos, apenas. É necessário abordar qualitativamente a realidade.

Assim, considerando a especificidade da pesquisa social e a total impossibilidade de se constituir uma pesquisa “neutra”, a análise do processo brasileiro de reforma psiquiátrica se deu tendo como referencial o **materialismo histórico** e utilizou a dialética como caminho metodológico para a investigação. A dialética para ser materialista e histórica necessita, segundo FRIGOTTO “dar conta da totalidade, do específico, do singular e do particular” (1994, p. 73) e considerar que as categorias são construídas historicamente.

Frigotto (1994) aborda a dialética materialista histórica enquanto postura (ou concepção de mundo), enquanto um método que permite uma apreensão radical da realidade e, enquanto práxis na busca da transformação social. Estas três dimensões constituem uma só forma de conceber a realidade. No materialismo histórico, a pesquisa não tem outra função a não ser transformar a realidade, como aponta a conhecida afirmação de Marx, criticando os filósofos que o precederam: “Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo de diferentes maneiras; mas o que importa é transformá-lo” (MARX, 1993, p. 128).

Através do materialismo histórico, parte-se do pressuposto de que existe uma realidade objetiva, concreta, real, que condiciona o modo de agir, pensar, e de se relacionar dos indivíduos e grupos sociais. Desta forma, as idéias e o pensamento são o “reflexo” desta realidade objetiva, mas não são toda a realidade. O reflexo constitui-se na apreensão subjetiva desta realidade objetiva. O desafio do pensamento é trazer para o plano do conhecimento essa dialética do real. (FRIGOTTO, 1994).

Citando Kosik, Frigotto afirma que a dialética trata “a coisa em si”, mas a coisa não se manifesta imediatamente para o homem. É necessário distinguir o que se pensa sobre a coisa (representação) da própria coisa. Isso ocorre a partir de um

detour, um esforço de desvelar o real. Abordando esta questão de outra forma, Lênin afirmou que “a marcha do real é filosoficamente mais verdadeira e mais profunda que nossos pensamentos mais profundos” (MINAYO, 1993, p. 37).

A opção pelo método materialista histórico, portanto, refere-se e relaciona-se à nossa compreensão da realidade e pelo fato de acreditarmos ser necessário romper com o modo de pensar dominante sobre a loucura, a psiquiatria, e todas as demais questões que envolvem a problemática desta tese. Assim, a pesquisa torna-se um instrumento para esta transformação social.

A dialética como método de análise, pressupõe que para analisar a realidade, o pesquisador lance mão de categorias de análise, que aqui chamaremos categorias do método. De acordo com Richardson(1999), as categorias são os conceitos básicos que refletem os aspectos essenciais, propriedades e relações dos objetos e fenômenos. “As categorias são o instrumento metodológico da dialética para analisar os fenômenos da natureza e da sociedade” (1999, p.49). São categorias da dialética, segundo o autor:

- Individual-particular-geral - considera-se que todo o fenômeno tem características específicas, próprias. Ao mesmo tempo, não há no mundo objetos ou fenômenos que não possuam traços comuns com outros objetos ou fenômenos. O individual e o geral estão interligados. O autor apresenta para uma melhor compreensão desta categoria o exemplo da rosa. A noção da rosa (individual) não existe sem a noção de flor (particular) que por sinal não existe sem a noção de planta (geral).

- Causa-efeito – A causa é o fenômeno que produz um outro fenômeno e não deve ser confundida com motivos. Efeito é o resultado produzido pela causa. A causalidade é objetiva, inerente à realidade, revelada ao homem no conhecimento

e na prática. Segundo o autor, é fundamental para a ciência: “conhecendo as causas, o homem pode contribuir para a ação dos fenômenos, acelerar fenômenos úteis (colheita) e restringir os nocivos (doenças). Enquanto não for descoberta a causa de um fenômeno, permanece oculta sua natureza” (RICHARDSON, 1999, p. 51).

- Necessidade-casualidade – necessidade é o que deve ocorrer em determinadas condições (o assalariado, por exemplo, na produção capitalista). Casualidade é o que pode ou não ocorrer, em determinadas condições (o assalariado na escravidão). De acordo com o autor, a história da humanidade está marcada por casualidades que não devem deixar de ser consideradas na análise de qualquer fenômeno econômico-social.

- Essência-aparência – As primeiras coisas que são constatadas ao se conhecer um determinado fenômeno são seus aspectos exteriores (aparência). A essência só será compreendida após um estudo mais aprofundado. “A aparência é a parte superficial, mutável de um fenômeno ou da realidade objetiva. É uma forma de expressão da essência e depende dela” (op. cit. P. 52). A essência é a parte mais profunda e relativamente estável. Está oculta sob a aparência. Não há ciência sem uma análise das aparências e das essências de um fenômeno (RICHARDSON, 1999).

- Conteúdo-forma – o conteúdo é o conjunto de elementos, interações e mudanças características de um fenômeno e a forma é o sistema estável de relações entre elementos. O autor destaca que a simples soma das partes não constitui o objeto. É preciso dar forma aos diversos elementos do conteúdo.

- Possibilidade-realidade – possibilidade é o que pode surgir pela uniformidade do desenvolvimento, mas que ainda não aconteceu. Realidade é o que já aconteceu.

Segundo Richardson (1999) todas estas categorias estão relacionadas umas às outras e, portanto, a análise de um objeto ou fenômeno não precisa ser feita com todas, podendo-se optar por uma delas. No caso desta tese, a categoria do método utilizada para análise da reforma psiquiátrica no Brasil é a da **essência-aparência**, visto que, ainda que estejamos partindo do princípio que existe uma reforma psiquiátrica em curso no Brasil, a contar pela existência de uma legislação que busca redefinir o modelo assistencial, o aumento expressivo do número de serviços de atenção à saúde mental extra-hospitalares, a redução do número de leitos psiquiátricos em hospital geral, dentre outras evidências, entendemos que todas elas constituem apenas a **aparência** do processo, é que a essência ainda está por ser desvelada. O desafio desta tese é este desvelamento.

A busca do desvelamento da essência do processo da reforma psiquiátrica brasileira deu-se através das categorias da realidade que, nesta tese são as seguintes: **reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e reforma psiquiátrica brasileira**. A construção destas categorias será apresentada em forma de capítulos nesta tese, representando as escalas da nossa viagem.

3.1.3. Tipo de pesquisa

Esta pesquisa é do tipo qualitativa. Considerando que o objeto de estudo das Ciências Sociais é fundamentalmente qualitativo não se trata de um simples optar

por um ou outro tipo de pesquisa, mas refere-se à própria essência da pesquisa social. A realidade social é por demais complexa para que se possa analisá-la somente através de dados quantificáveis. Há uma gama de questões que não podem ser apreendidas e analisadas através de percentuais, apenas. Este é o caso do universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes.

3.1.4. Técnicas de pesquisa

A coleta dos dados para a pesquisa foi realizada através de pesquisa bibliográfica. Conforme Marconi e Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica é uma técnica de pesquisa que abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já foi escrito, dito, filmado sobre determinado assunto.

Gil (1996) afirma que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. O autor aponta vantagens e desvantagens em se realizar este tipo de pesquisa. Entre as vantagens, destaca o fato deste tipo de pesquisa permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia investigar diretamente e o fato de que este tipo de pesquisa é indispensável nos estudos históricos. Com relação às limitações, aponta que os dados que o investigador utiliza a partir de fontes secundárias, podem ter sido coletados de forma equivocada e que, um trabalho fundamentado nestas fontes tenderia a reproduzir ou mesmo ampliar estes equívocos.

A literatura analisada sobre Metodologia de Pesquisa não diverge fundamentalmente nas orientações acerca da técnica da pesquisa bibliográfica. Todos os autores consultados prevêm de forma geral, as seguintes fases (a) delimitação dos objetivos e escolha do tema, (b) o planejamento (plano de trabalho), (c) a identificação das fontes, sua localização e compilação do material, (d) a leitura do material, (e) tomada de apontamentos e confecção de fichas e (f) análise e interpretação.

Partindo do tema, problema e objetivos já apresentados, demonstraremos como foi desenvolvida a coleta de dados. Esta fase da pesquisa é chamada por Salvador(1982) de “investigação de soluções” e é composta de outras duas etapas: o levantamento da bibliografia e o levantamento das soluções⁵¹.

3.1.4.1. Levantamento da bibliografia: as fontes

O levantamento da bibliografia trata de identificar onde serão buscadas as respostas ao problema a ser respondido. Nesta tese, utilizamos quatro tipos de fontes de dados:

- a) Relatório Final das Conferências Nacionais de Saúde Mental

A importância destas fontes reside no fato das Conferências serem previstas na Constituição Federal de 1988 e na Legislação Complementar que regulamenta o Sistema Único de Saúde como sendo o locus no qual são construídas as diretrizes para as políticas sociais, no caso, para a Política Nacional de Saúde Mental.

⁵¹ Salvador afirma que o processo de pesquisa é composto de quatro fases: a elaboração do projeto, a investigação das soluções, análise das soluções e síntese integradora.

b) Legislação Federal sobre a reforma psiquiátrica, a saber:

- Lei 9.867, de 11 de novembro de 1999, dispõe sobre a criação de cooperativas sociais visando à integração dos cidadãos conforme especifica.
- Lei 10.216, de 06 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.
- Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Consideramos estas três leis as mais importantes conquistas legais, em nível nacional, do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. A Lei 10.216, por exemplo, levou cerca de 10 anos tramitando no Congresso Nacional até ser aprovada em 2001 e, portanto, acreditamos que a análise destes documentos poderá se tornar campo fecundo de dados sobre a experiência brasileira de reforma psiquiátrica.

c) Portarias Ministeriais que tratem da reorientação do modelo assistencial à saúde mental, a saber:

- Portaria SNAS, 189, de 19 de novembro de 1991, altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.
- Portaria SNAS, 224, de 29 de janeiro de 1992, regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.
- Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS;

- Portaria GM 799, de 19 de julho de 2000, institui, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
- Portaria GM 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências;
- Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, regulamenta o funcionamento e o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial;
- Portaria GM 2077, de 31 de outubro de 2003, regulamenta a Lei 10.708 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial;
- Portaria GM 52, de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

As portarias citadas foram selecionadas considerando sua importância na reorientação do modelo assistencial à saúde mental brasileiro.

d) Artigos científicos

Buscando apreender a realidade da experiência brasileira de reforma psiquiátrica de forma mais abrangente, optamos por analisar além de documentos oficiais, artigos científicos publicados em periódicos nacionais, que tenham sido classificados como “A”, no Qualis⁵², pela Coordenação de Aperfeiçoamento de

⁵² QUALIS - corresponde a um processo de classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da produção intelectual de seus docentes e alunos. A classificação é feita ou coordenada por representantes de cada uma das áreas e é atualizada anualmente. Os veículos são enquadrados em categorias A, B ou C e no âmbito de circulação dos mesmos (<http://qualis.capes.gov.br>).

Pessoal de Nível Superior (CAPES) e que estivessem disponíveis na Biblioteca Eletrônica Scielo⁵³.

O material a ser analisado foi selecionado através dos seguintes procedimentos:

1. acesso à base Scielo através do site: <http://www.scielo.br> ;
2. Pesquisa de artigos por assunto, através das seguintes categorias: reforma psiquiátrica; antimanicomial e desinstitucionalização.
3. Verificação da classificação dos periódicos pela CAPES.
4. Eliminação dos artigos que tenham sido publicados em periódicos com classificação inferior a “A”.

Após realizarmos o levantamento dos artigos científicos que serviriam de fonte para a pesquisa, foram selecionados vinte e dois artigos, que estão citados no quadro abaixo:

QUADRO Nº 4 - ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE⁵⁴.

TEXTO	Título do artigo	Autor	Periódico/cidade de publicação	Ano da publicação
01	Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia	Paulo Amarante	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	1994
02	Janelas do Santa Teresa: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP)	Guimarães, J. e SAEKI, T.	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2001
03	A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos	Tenório, F.	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2002

⁵³ Scielo - Scientific Electronic Library Online. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). (http://www.scielo.br/scielo.php/Ing_pt).

⁵⁴ As referências completas dos artigos constam nas “Referências”.

04	A história da psiquiatria não contada por Foucault	Fernando Ferreira Pinto de Freitas	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2004
05	Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970	Luiz Fernando Paulin e Egberto Ribeiro Turato	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2004
06	A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional	Fábio Vizeu	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2005
07	Da reforma psiquiátrica à luta pela “vida não fascista”	Sergio Alarcon	História, Ciências, Saúde, Manguinhos – Rio de Janeiro	2005
08	O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política	Rousiley C. M. Maia e Adélia B. Fernandes	Revista Brasileira de Ciências Sociais	2002
09	Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica	Paulo Amarante	Cadernos de Saúde Pública – Rio de Janeiro	1995
10	Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil	Selma Lancamn	Cadernos de Saúde Pública – Rio de Janeiro	1997
11	Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica	Fernando Ferreira Pinto de Freitas	Cadernos de Saúde Pública – Rio de Janeiro	1998
12	Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização	Jacileide Guimarães e Soraya Maria de Medeiros	Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro	2001
13	Um método construtivista para a avaliação em saúde	Juarez Pereira Furtado	Ciência e Saúde Coletiva – Rio De Janeiro	2001
14	Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência	Sylvia Gonçalves, Paulo Fagundes, Giovanni Lovisi e Lúcia	Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro	2001

		Abelha Lima		
15	Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo	Ana Lúcia Machado	Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro	2004
16	Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica	Alice Guimarães Bottaro de Oliveira e Neiry Primo Alessi	Ciência e Saúde Coletiva	2005
17	Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro	Renata Brasil Araújo, Luisa Isabel Dufech Gimeno, Rita Mello de Mello, Elaine Brasil Ruschel, Lucas S. Benevides e Roberto C. Nichetti	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – Porto Alegre	2003
18	Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo	Vanda Valle de Figueiredo, Maria Margarida Pereira Rodrigues	Psicologia em estudo - Maringá	2004
19	Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão	Osvaldo Gradella Junior	Psicologia e Sociedade – Porto Alegre	2002
20	Reinserção social de psicóticos: componentes verbais e não verbais do comportamento assertivo, em situação de fazer e receber críticas	Maria Bandeira, Elaine Leandro Machado, Edinéia Aparecida Pereira	Psicologia: reflexão e crítica- Porto Alegre	2002
21	Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber críticas	Maria Bandeira e Esther de Matos Ireno	Psicologia> reflexão e crítica- Porto Alegre	2002
22	Cartografia da publicação brasileira em saúde mental:	Izabel Christina Friche	Psicologia: Teoria e Pesquisa – Brasília	2003

	1980-1996	Passos		
--	-----------	--------	--	--

Fonte: sistematização da pesquisadora⁵⁵.

3.1.4.2. Levantamento das soluções

Após identificar as fontes bibliográficas para a coleta dos dados, passamos à segunda fase da investigação das soluções, que Salvador(1982) denomina “levantamento das soluções”, ou seja, aquela que é feita com o propósito de buscar uma informação para responder questões específicas. Esta fase corresponde à fase da leitura do material que deve ser realizada em etapas sucessivas para que se possa obter as informações e/ou dados necessários. Para isso, o autor afirma que são necessárias cinco modalidades de leitura, quais sejam:

(a) Leitura prévia – Trata-se de uma leitura rápida, por alto, um primeiro contato com a fonte de dados. Visa a certificar-se da existência ou não das informações de que se está à procura.

(b) Leitura exploratória (pré-leitura) – Após certificar-se da existência das informações úteis, procura-se localizá-las e obter delas uma visão global para constatar se elas têm, de fato, as informações que buscamos. Trata-se de um exame rápido sobre o material. Visa a dar uma visão superficial das reais possibilidades de referência.

(c) Leitura seletiva – Certificados da existência das informações, localizadas e vistas suas reais possibilidades, procede-se à escolha do melhor, de acordo com nosso propósitos. Trata-se do último passo para a localização do material e o

⁵⁵ Os textos foram numerados de acordo com a ordem na qual apareceram na pesquisa realizada no Banco de Dados Scielo.

primeiro de uma leitura mais séria. Pressupõe que se tenham presentes os propósitos do trabalho, pois não há seleção sem critério.

(d) Leitura reflexiva ou crítica – Refere-se ao estudo crítico da documentação. A finalidade é elaborar uma síntese que integre em torno de uma ou várias idéias todos os dados e informações do autor do texto em análise. “Importa agora saber o que o autor afirma e porque afirma” (SALVADOR, 1982, p. 99). O autor oferece um roteiro para a análise de um texto que compreende cinco diferentes momentos:

- Ler e reler muitas vezes o texto, procurando entendê-lo a fundo, em extensão e em compreensão;
- Relacionar e ordenar as idéias uma por uma;
- Formar uma frase que envolva todas as idéias;
- Confrontar a frase-síntese com as idéias resumidas e
- Estilizar a frase, dando-lhe uma feição literária.

(e) Leitura Interpretativa – trata-se de interpretar o que se leu em função dos fins particulares da cada autor. “Interpretar um texto significa, pois, julgar a respeito da pertinência ou não das afirmações, dados ou informações, no sentido de constatar se constituem-se em subsídios úteis como resposta ou solução de determinado problema” (SALVADOR, 1982, p. 105).

Após esta fase, elabora-se as “fichas de apontamento”, buscando-se evidenciar em cada uma das fontes, os aspectos importantes com relação ao problema em estudo para, por fim, fazer a análise do material. Nesta tese, elaboramos dois tipos de fichas de apontamento: uma referente à análise da legislação e aos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (modelo de

ficha de apontamento 1- apêndice 1) e outra, referente aos artigos científicos(modelo de ficha 2 – apêndice 2).

O grande objetivo da elaboração das fichas de apontamento é conseguir extrair das fontes bibliográficas as informações que estamos buscando e orientar a análise dos dados, ou seja, orientar o levantamento das soluções.

3.2. Relato e análise da viagem

Após as escalas realizadas na viagem, os passeios e descobertas acerca da trajetória do cuidado com a loucura e a construção do projeto da reforma psiquiátrica no Brasil, sentimo-nos aptos a analisar esse processo, com vistas a responder ao objetivo geral desta tese.

Consideramos que, para uma efetiva reforma psiquiátrica sob o paradigma da desinstitucionalização, o processo de transformações deve extrapolar o campo dos serviços de saúde mental (hospitalares ou não) e alcançar a sociedade, como um todo. Conforme já afirmamos nessa tese, a desinstitucionalização é diferente de desospitalização. Na verdade, o que defendemos é que a reforma psiquiátrica se constitui como meio, e não como fim. As mudanças na política de saúde mental, nos serviços, na dinâmica do cuidado diário, na nomenclatura, enfim, todas essas questões são estratégias para uma mudança muito maior e mais abrangente: a mudança na esfera das relações sociais que se referem ao trato com o diferente, ao respeito à diversidade, ao apoio e crença na invenção cotidiana da vida.

Essas transformações não vão se dar por decreto, nem serão resultado de deliberações em Conferências, ou de ordens governamentais. Temos clareza disso. Elas serão resultado de todos os movimentos dos diversos atores envolvidos, das mudanças menores e cotidianas, do contínuo questionamento do trabalho realizado, da compreensão do movimento contraditório da vida em sociedade. Entretanto, acreditamos que os documentos e textos produzidos durante o processo de reforma psiquiátrica podem refletir o movimento que ocorre (ou não) na vida social. Sendo assim, analisamos os relatórios das três Conferências Nacionais de Saúde Mental e a legislação recente de saúde mental, buscando perceber se os princípios da desinstitucionalização se encontram presentes nesses instrumentos.

A análise dos textos se deu com base em quatro critérios que consideramos importantes no paradigma da desinstitucionalização. Construímos a análise combinando as características do paradigma da desinstitucionalização e a categorização de Amarante (2003) das dimensões que envolvem a reforma psiquiátrica. Cabe destacar que as questões analisadas se inter-relacionam e que só foram divididas para facilitar o entendimento e a análise do processo. Assim, os textos foram analisados de acordo com tais questões:

(a) Questão conceitual – estatuto do louco e da loucura

Essa característica foi destacada pelo fato demonstrado na história do trato da loucura, tanto em nível nacional quanto internacional, no que se refere à transformação do entendimento e do lugar destinado à “pessoa louca” na sociedade. Essa questão relaciona-se à “dimensão técnico-conceitual” de Amarante (2003), que se refere à produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico. Trata-se da discussão acerca do conceito de loucura e de louco, bem como das bases teóricas e

conceituais sobre as quais o campo definiu seus objetos de conhecimento e suas ferramentas para enfrentar a realidade.

A discussão, no âmbito da reforma psiquiátrica, apresenta-se como um contraponto às definições da psiquiatria tradicional. Questionam-se os conceitos de doença mental, de normalidade, de cura, de periculosidade, dentre outros. Questionam-se, também, o papel terapêutico do hospital psiquiátrico/manicômio e as relações dos técnicos com os “loucos”. Assim, propõe-se a “desconstrução” das teorias e conceitos da psiquiatria tradicional. É preciso desinstitucionalizar todas as construções realizadas pela psiquiatria em torno do conceito de doença mental.

Na perspectiva da reforma psiquiátrica, como meio para a desinstitucionalização, o “paciente” torna-se sujeito, no mais amplo sentido dessa palavra. Sujeito de sua existência-sofrimento (sua doença, para a psiquiatria tradicional), sujeito de seu “tratamento”, sujeito de sua própria vida. Este sujeito não deve ser tratado, mas cuidado, de forma integral. O novo modo de cuidar é chamado, na literatura, de “atenção psicossocial”. O cuidado psicossocial pretende tratar a pessoa em sua integralidade e em sua complexidade. A grande inversão que se pretende operar é colocar, no lugar da cura como objeto do trabalho, a invenção de saúde, a invenção de vida.

Dessa forma, buscamos identificar, na legislação e nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, o entendimento a respeito da loucura e do louco. Partimos do pressuposto de que o estatuto da doença mental é consensual na atualidade, porém a importância atribuída à doença e ao tratamento, a responsabilização e a importância atribuída à psiquiatria e à equipe podem demonstrar o caráter atual da política de saúde mental. Procuramos identificar, também, o quanto de “invenção de saúde” tais instrumentos propõem.

(b) Questão técnico- assistencial

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica é a substituição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por outro centrado no território. Esse objetivo é tão importante e enfatizado, que muitas experiências limitam o projeto da reforma a essa transferência de local de tratamento. Essa questão, que se refere à “dimensão técnico-assistencial” de Amarante (2003), trata do modelo assistencial que está sendo proposto e construído através da legislação e documentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Consideramos que algumas características merecem ser destacadas e analisadas no processo brasileiro, por serem as que diferenciam, essencialmente, o modelo psicossocial do tradicional. A mais importante delas é a necessidade de composição de uma rede de serviços extra-hospitalares efetivamente **substitutiva** ao manicômio. Outra característica fundamental é a luta pelos direitos dos pacientes e a participação efetiva destes em espaços na sociedade. Finalmente, merece ser enfatizado o fato de as equipes serem não exclusivamente das áreas médicas e contarem com a participação de profissionais das artes, da educação e participação de grupos da sociedade.

(c) Questão cultural – desterritorialização da loucura do terreno psiquiátrico

Consideramos a questão cultural a mais importante no paradigma da desinstitucionalização. Essa questão se refere ao fato de a problemática da loucura e da convivência com a pessoa portadora de transtorno mental extrapolar o campo da psiquiatria e sua preocupação com a doença e alcançar outras dimensões da vida social. Relaciona-se com a “dimensão sociocultural” de Amarante (2003).

Trata-se da necessidade de se criar um outro imaginário social que a sociedade tem sobre a loucura, e isso só se torna possível, transportando a problemática da loucura para todas as instâncias da sociedade, revendo conceitos, valores e verdades acerca da mesma. Criando-se espaços de discussão e vivência desses novos conceitos, envolvendo a comunidade, a família, o Estado, os movimentos sociais, enfim, todos os atores que compõem a trama social.

Destacamos que esta questão é a mais improvável de ser “prevista em lei” ou deliberada em uma Conferência. Trata-se de se desconstruir os “manicômios mentais” (PELBART, 1990) e construir um outro modo de vida que permita e promova o convívio e o respeito à diferença.

(d) Questão jurídico-política – cidadania do portador de transtorno mental

Essa questão constitui um aspecto fundamental, pois pode-se considerá-la como um dos elementos presentes na origem da discussão sobre a reforma psiquiátrica. Trata-se do estatuto jurídico do louco, do papel atribuído legalmente a essa pessoa no arcabouço jurídico da sociedade. Vimos que, historicamente, a noção de periculosidade é associada à questão da loucura e que a incompreensão da loucura levou à noção de pessoa louca como “destituída de razão”. A reforma psiquiátrica precisa desconstruir a noção de loucura como portadora natural de periculosidade e construir as balizas para a cidadania da pessoa portadora de transtorno mental.

Essa se constitui numa questão extremamente complexa, especialmente na sociedade brasileira em que a cidadania, em geral, é ainda um desafio a ser construído pela grande maioria dos brasileiros. Assim, fortalece-se a necessidade de se analisar essa questão na discussão sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

Essa questão refere-se à “dimensão jurídico- política” de Amarante (2003).

Além de desdobrar o processo da reforma psiquiátrica, traduzido na documentação analisada nas quatro questões citadas, buscamos conhecer as concepções presentes em tais fontes de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica. Desse modo, apresentaremos, a seguir, os resultados de nossa análise.

3.2.1. As Conferências e o processo de desinstitucionalização no Brasil

As Conferências Nacionais de Saúde Mental têm-se realizado em momentos importantes da história da política de saúde mental no Brasil e demarcado problemáticas fundamentais que estão sendo alvo de discussões e disputas na construção da reforma psiquiátrica brasileira. As Conferências de Saúde e, conseqüentemente, as setoriais dentro da Política da Saúde em Geral são importantes instrumentos de participação da comunidade no setor saúde por traçarem as diretrizes e princípios dessa política social. Especialmente, após a criação e normatização do Sistema Único de Saúde, as Conferências ocupam lugar fundamental no desenho da política de saúde.

Foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Mental no Brasil, conforme apontamos no segundo capítulo desta tese. A primeira, em 1987, teve como temas para discussão: (a) economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; (b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e (c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (MS, CNSM, 1988). Ocorreu como desdobramento da VIII

Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco por estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e por propor um Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, o contexto de realização da I CNSM era de fortalecimento do MTSM e de ruptura com o processo de desinstitucionalização como desospitalização. Portanto, a realização da mesma e seus desdobramentos constituem acontecimento de grande importância no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

O texto do Relatório da I CNSM apresenta diversas denominações para o portador de transtorno mental. Ainda que já apareça a denominação “usuário”, o que demonstra vinculação com o projeto da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde, as noções de doente mental, paciente e cliente também se fazem presentes.

No que se refere à questão técnico- assistencial, a I CNSM previu a reversão do modelo assistencial, destacando preocupações importantes que apontam, definitivamente, para um outro modelo de cuidado. O Relatório Final parte da crítica ao modelo capitalista de produção e da preocupação com o risco de os trabalhadores de saúde mental se transformarem em instrumento de dominação do Estado. Apresenta propostas claramente “desinstitucionalizantes”, tais como: a necessidade de participação da sociedade no gerenciamento dos serviços, através do controle social; a defesa dos direitos dos pacientes; a internação em hospital geral e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos. A I CNSM, enfim, responsabiliza o Estado pela efetivação da política de saúde mental.

A questão cultural aparece de forma bastante tímida no relatório da I CNSM, quando determina que os espaços comunitários devam ser considerados como promotores de saúde mental.

Finalmente, a questão jurídico-política foi tratada em um item específico do relatório, sendo destacada nos temas básicos da Conferência. O relatório faz uma discussão sobre a cidadania, definindo que a mesma implica a participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e o acesso dos mesmos nos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico. Aborda a questão da periculosidade, que não deve ter atribuída, a si, um caráter de julgamento.

Realizada em pleno período de Assembléia Constituinte, a I CNSM faz uma série de recomendações aos constituintes no sentido de garantia da condição de cidadania dos doentes mentais e de modificações na legislação vigente no País no que se refere às questões relativas à interdição e aos estados de incapacidade civil, à questão da imputabilidade, periculosidade e manicômios judiciários.

O relatório não define desinstitucionalização, nem se refere à Reforma Psiquiátrica.

Com base nas questões destacadas, podemos considerar que a I CNSM representou, efetivamente, uma “guinada” em direção ao processo de desinstitucionalização no Brasil, ainda que tenha sido apenas o início do mesmo.

A Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) ocorreu em 1992 e, tendo sido precedida por 24 conferências estaduais e 150 conferências municipais, contou com grande participação de todos os segmentos da área de saúde mental. Um fator importante a ser destacado nesta Conferência é a participação significativa de usuários (o que não aconteceu na I CNSM), o que tem sido a marca dos eventos de saúde mental desde então. O tema central da II CNSM foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, e as discussões se deram em torno de três subtemas: (a) a rede de atenção em saúde mental, (b)

transformação e cumprimento de leis e (c) direito à atenção e direito à cidadania. (MS, II CNSM, 1994).

A II CNSM realizou-se após a Declaração de Caracas (1990), a aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde e das primeiras portarias de normatização da política de saúde mental, com vistas às mudanças no modelo assistencial. O Relatório Final, organizado em três partes, traz, na primeira, os “marcos conceituais” nos quais são delimitadas as balizas em que se deu a discussão. O texto já aponta, em seu início, para a necessidade de construir:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;
- uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (MS, II CNSM, 1994, p. 6).

No trecho citado, percebe-se claramente à vinculação ao paradigma italiano de desinstitucionalização e o envolvimento das quatro questões que estamos focalizando nesta análise. Primeiramente, definindo a “doença” como “existência-sofrimento” que, como vimos, no terceiro capítulo desta tese, configura-se como um dos pressupostos do paradigma italiano de desinstitucionalização. A Conferência, já em seus marcos conceituais, descentra a sua atenção da doença, do diagnóstico, das “fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental”. Depois, nessa mesma referência, o relatório desterritorializa a problemática da loucura do campo psiquiátrico.

Com relação à primeira questão analisada nesta tese, a questão conceitual, o texto apesar, de colocar, como marco referencial a “existência-sofrimento”, e não a

doença, o que, como vimos, é um avanço no sentido de constituir a reforma psiquiátrica sob a perspectiva da desinstitucionalização italiana, trata o sujeito que vivencia essa existência-sofrimento de várias formas: usuário, doente mental, paciente, demonstrando que, embora esse paradigma esteja presente e fortalecido nas deliberações da Conferência, co-existe o paradigma tradicional, centrado na doença.

É na questão técnico-assistencial que percebemos as maiores transformações trazidas por tal Conferência. O relatório mostra a necessidade de uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, formada por serviços que devem transformar-se em laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais necessitam ser resgatas a história e a cidadania dos indivíduos. A maciça presença de usuários e de representantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica imprimiu um caráter antimanicomial à Conferência, que aprovou a criação de comissões de reforma psiquiátrica nos conselhos municipais e determinou que o dia 18 de maio seria o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. A Conferência resolveu, também, adotar os conceitos de território e responsabilidade como forma de dar, à distritalização em saúde mental, um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico.

No que se refere à questão cultural, já demonstramos que, nos marcos conceituais, o relatório já traz referências. Além disso, as deliberações da Conferência prevêm a articulação de recursos comunitários para inserção do usuário nos serviços de saúde e a valorização e incentivo à atenção informal em saúde desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, entre outros. Uma deliberação importante a ser destacada no que diz respeito à questão cultural é a existência de um item especial no capítulo sobre cidadania, informação, divulgação

e educação, o qual exige que o planejamento contemple ações de educação em saúde mental para a população, visando a construir uma **cultura antimanicomial** no trabalho cotidiano, através da utilização dos meios de comunicação de massa.

Finalmente, as deliberações da II CNSM apontam para uma série de mudanças necessárias no que se refere à questão jurídico-política. Algumas deliberações com relação à cidadania: substituir a terminologia da legislação, de “Legislação Psiquiátrica” para “Legislação em Saúde Mental; a legislação deve levar em conta questões como a subjetividade, o direito a vivenciar as crises e que as crises não sejam abordadas por métodos coercitivos; extinguir todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental e criar comissões de divulgação, em nível de municípios, a fim de difundir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, desmistificar a loucura e a periculosidade, bem como desenvolver ações de promoção à saúde mental. O relatório afirma, também, que “a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo profissionais, usuários e familiares” (MS, II CNSM, p. 10).

A II CNSM não explica diretamente o que chama de desinstitucionalização. Entretanto, afirma que “é imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomiais, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outros” (MS, II CNSM, 1994, p. 7). Refere, também, que os próprios trabalhadores de saúde mental devem ser desinstitucionalizados, desconstruindo seus “manicômios mentais”, libertando-os de esquemas e de estruturas que os impedem de pensar e agir de modo mais

humano, a fim de lutar pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico (p. 8).

O texto não faz referência à reforma psiquiátrica, com exceção de um momento em que sugere a criação de Comissões de Reforma Psiquiátrica nos Conselhos de Saúde.

Vale lembrar que, em 1992, o Brasil já vivenciava uma série de experiências de cuidados extra-hospitalares em saúde mental, o que demonstrava ser possível reverter o modelo assistencial. Ademais, já tramitava, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei Paulo Delgado, que previa a extinção dos manicômios. Portanto, é compreensível a existência das evidentes características que indicam uma mudança no modelo assistencial, sob a perspectiva da desinstitucionalização italiana, na II Conferência Nacional de Saúde Mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 2001, ano em que se realizou uma série de eventos/acometimentos importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. O primeiro desses acontecimentos é a aprovação da Lei 10.216/01, a conhecida “Lei da Reforma Psiquiátrica”, após tramitar por doze anos no Congresso Nacional. Igualmente, em 2001, a Organização Mundial da Saúde definiu, como tema para o Dia Mundial de Saúde (dia 07 de abril), a Saúde Mental, com o slogan “Cuidar Sim, Excluir Não”. Na época, já havia 295 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento no Brasil, além de outros serviços extra-hospitalares. Nesse clima de grande repercussão do campo da saúde mental, a III CNSM foi convocada e precedida por ampla mobilização. Ocorreram 163 conferências municipais, 173 micro-regionais e 27 estaduais, envolvendo, segundo estimativa do Ministério da Saúde, 50.000 pessoas em todas as etapas (MS, III

CNSM, 2002). O tema da III CNSM segue o da OMS, e é definido como “Cuidar sim, excluir não”.

A questão conceitual da loucura e do louco não é abordada diretamente nessa Conferência que se refere aos “pacientes” como “pessoas portadoras de sofrimento psíquico” e “portadores de transtornos mentais”.

No que tange à questão técnico-assistencial, a III CNSM apresenta os avanços teóricos e metodológicos acumulados pelas experiências extra-hospitalares de cuidados de saúde mental, e os princípios e características do modo psicossocial de cuidar aparecem em vários momentos. No item “Reorientação do modelo assistencial”, as deliberações estabelecem que as políticas de saúde mental devem ter, como pressupostos básicos, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença e a integração com outras políticas sociais. O caráter substitutivo da rede assistencial extra-hospitalar é apontado como fundamental. São propostas da III CNSM também: a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil até 2004; a abolição do eletrochoque; a compreensão dos serviços substitutivos como meio, e não como fim, visando à permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Com relação à questão cultural, o Relatório da III CNSM defende a intersetorialidade. Considera que a efetivação da reforma psiquiátrica se dará na medida em que forem desenvolvidas ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, entre outras.

A questão jurídico-política foi bastante trabalhada na Conferência que defende a promoção do exercício da cidadania plena do portador de transtorno mental no lugar de ações tutelares. Defende a revisão da legislação civil e penal no que se refere às pessoas portadoras de transtornos mentais no sentido de suprimir

da legislação a expressão “loucos de todo o gênero”, questionar a interdição e rever a questão da periculosidade. A Conferência deliberou, também, pela luta pela retomada dos princípios originalmente propostos pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, especialmente no que se refere à extinção dos manicômios.

A III CNSM é a primeira a se referir diretamente à reforma psiquiátrica e a conceituá-la. Também é a única que dedica um item específico à desinstitucionalização em seu relatório final. A reforma psiquiátrica é compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, marcada por tensões, desafios e conflitos.

Nesse sentido, ele [o processo da reforma psiquiátrica] se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do SUS em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (MS, III CNSM, 2002, pp. 19-20).

A Reforma Psiquiátrica é, assim, definida como processo a ser construído, que perpassa as políticas públicas, mas as ultrapassa na busca de concretização de direitos de cidadania. O relatório “lembra”, também, que o processo da reforma psiquiátrica não se faz apenas de leis e propostas, mas que essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais dos serviços e das práticas e relações interpessoais.

A desinstitucionalização é referida em item especial do capítulo que trata da “Reorientação do modelo assistencial em saúde mental” como política de desospitalização/substituição progressiva de leitos. A III CNSM, de certa forma, considera a desinstitucionalização como parte da reforma psiquiátrica. Todas as proposições aprovadas nesse item relacionam-se com medidas de desospitalização, fechamento progressivo de leitos e normatização desses processos.

Ainda que a III CNSM trate desinstitucionalização como desospitalização, podemos considerar que os princípios da desinstitucionalização, na perspectiva do paradigma italiano, encontram-se presentes nas deliberações e definições da mesma. Na realidade, tais princípios aparecem, conforme vimos, nas recomendações referentes ao “processo de reforma psiquiátrica”.

No quadro abaixo, resumimos as deliberações das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, de acordo com as questões analisadas nesta tese.

QUADRO Nº 5 - ANÁLISE DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL NO QUE SE REFERE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Questão analisada / Conferência	I CNSM (1987)	II CNSM (1992)	III CNSM (2001)
Questão conceitual	Usuários Cliente Doente mental Paciente	Usuário Doente mental Paciente Necessidade de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico.	Pessoa portadora de sofrimento psíquico Portador de transtorno mental
Questão técnico-assistencial	Negação do modelo assistencial centrado no manicômio Necessidade de reversão do modelo assistencial Crítica ao modelo capitalista de produção. Preocupação com o risco de os trabalhadores de saúde mental se tornarem instrumento de opressão	Proposição de uma rede de atenção substitutiva: laboratório de vida, mecanismos concretos de desospitalização; conceito de território, importância da família. Luta Antimanicomial. Construir uma ética da autonomia e singularização que rompa	As políticas de saúde mental devem ter, como pressupostos básicos, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Fundamental o caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico da rede de serviços extra-

	do Estado; Propostas desinstitucionalizantes; Responsabilização do Estado pela efetivação da política de saúde mental.	com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde.	hospitalares. Propõe a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos até 2004. Abolição do eletrochoque. Serviços substitutivos como meio, não como fim.
Questão cultural	Tímida. Propõe que os serviços comunitários sejam considerados espaços de promoção de saúde mental .	Construir diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; Articulação de recursos comunitários para a inserção do usuário nos serviços de saúde Valorização e incentivo à atenção informal à saúde mental (grupos de auto-ajuda, religiosos, etc).	Importância da intersetorialidade.
Questão jurídico-política	Preocupação com a cidadania do louco. Periculosidade. Recomendações aos constituintes – alterações na legislação sobre questões psiquiátricas.	Substituir a terminologia na legislação. A legislação deve levar em conta a subjetividade. Extinguir todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental. Criar comissões de divulgações dos direitos dos doentes mentais nos municípios.	Acessibilidade – ao tratamento e a informações sobre o mesmo Divulgação a respeito dos direitos e deveres dos cidadãos no SUS e com relação à reforma psiquiátrica – cartilha, internet, imprensa, cartaz. Garantia do exercício da

			<p>cidadania plena aos portadores de transtorno mental no lugar de iniciativas tutelares.</p> <p>Debata e revisão dos artigos do códigos civil e penal, no sentido de: suprimir a expressão “loucos de todo o gênero”, questionar a interdição dos direitos civis do portador de transtorno mental , rever os critérios de interdição.</p> <p>Lutar pela retomada dos princípios originais do Projeto de Lei Paulo Delgado, especialmente no que se refere à extinção dos manicômios.</p>
Concepção de desinstitucionalização	Não define nem se refere a ela.	Não define, mas refere-se à necessidade imperativa de desinstitucionalizar todas as instâncias com características manicomialis. Necessidade de desinstitucionalizar os trabalhadores de saúde mental.	Refere-se à desospitalização e política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos.
Concepção de reforma psiquiátrica	Não define nem se refere a ela.	Não define reforma psiquiátrica. Apenas se refere à necessidade de criar Comissões de Reforma Psiquiátrica nos Conselhos de Saúde.	Transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais. Marcada por tensões, Inscreve-se nas possibilidades e limites das políticas públicas e da implementação de

			<p>projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social.</p>
--	--	--	--

Fonte: Sistematização da autora.

Não há dúvidas de que os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental refletem a discussão do campo da reforma psiquiátrica e apontam as transformações consideradas fundamentais pelo movimento na política e no cotidiano da atenção em saúde mental no Brasil.

3.2.2. A legislação de saúde mental

A análise da legislação sobre saúde mental buscou responder, parcialmente a uma das questões norteadoras desta tese, qual seja: Quais as características da reforma psiquiátrica brasileira que está sendo construída no Brasil?

As Leis e Portarias Ministeriais analisadas foram selecionadas considerando sua importância no redirecionamento do modelo assistencial brasileiro de atenção à saúde mental.

A análise das Leis e Portarias permite afirmar que a normatização brasileira de saúde mental atribui ao louco o atributo de alguém portador de enfermidade. Nenhum dos instrumentos analisados confere condição de punição ao portador de transtorno mental. Ainda que haja diferentes nomenclaturas, tais como “pessoas portadoras de transtorno mental”, “pessoas acometidas de transtorno mental”,

“pacientes acometidos de transtorno mental”, “paciente psiquiátrico”, “portador de transtorno mental”, “paciente” e “paciente com transtorno mental”, toda a legislação analisada trata a loucura como uma doença, passível de tratamento e cuidado, bem como de responsabilidade estatal.

Podemos destacar uma evolução no sentido de ampliação desse conceito, se considerarmos que, na legislação de 1992, o tratamento limitava-se a paciente psiquiátrico, e, posteriormente a maioria dos instrumentos passam a tratar a “pessoa” com transtorno mental. Essa questão que, a priori, pode parecer menor, possibilita identificar um dos princípios da desinstitucionalização, que é deslocar o cuidado e a atenção da doença para a pessoa acometida pela doença.

No que se refere à questão técnica, à concepção do tratamento, a legislação trata de modo vago. Mas pode-se considerar que, em todos os instrumentos analisados, está presente a preocupação com a transformação do modelo assistencial.

A questão cultural é praticamente inexistente na legislação analisada. No máximo, alguns instrumentos prevêem atividades relacionadas ao tratamento na comunidade, a inserção do portador de transtornos mentais em atividades comunitárias e outras ações desse tipo. Entretanto, todas as questões que estão vinculadas ao tratamento, são previstas no território. Cabe comentar esta questão. Conforme estamos tentando demonstrar, as mudanças culturais, as mais importantes e mais profundas conseqüências do processo da reforma psiquiátrica sob a perspectiva da desinstitucionalização, não pode ocorrer por determinação legal. Os instrumentos irão nortear o funcionamento do serviço, o financiamento das ações, a composição das equipes, mas não bastam para determinar mudanças na forma como a sociedade lida com questões tão importantes quanto a da loucura e a

de seu lugar na sociedade. Assim, não surpreende que a legislação não trate da questão cultural.

À questão jurídico-política, a maior parte da legislação analisada não se refere. As que tratam da questão, tratam o portador de transtorno mental como “cidadão” e referem-se aos direitos deste.

A desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica também não são “definidas por lei”. Mesmo a Lei 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, não cita a expressão nenhuma vez. Conforme já afirmamos no capítulo anterior, a referida lei passou por muitas transformações no período em que tramitava no Congresso Nacional e perdeu algumas características essenciais no que se refere à desinstitucionalização e à questão antimanicomial.

Consideramos que a legislação, assim como o entendimento construídos sobre a loucura e o louco na sociedade, são construções atravessadas pela história e são produtos da mesma. Assim, a análise realizada sobre a recente legislação brasileira de saúde mental permite-nos apontar que ela indica os caminhos a serem seguidos pelos serviços de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental. Aponta a desospitalização, o respeito aos direitos do paciente, a responsabilidade estatal com relação à assistência em saúde mental, a criação e funcionamento de serviços extra-hospitalares, a participação da comunidade no tratamento e a reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços como características da política de saúde mental no Brasil. Entretanto, as leis analisadas refletem, ao mesmo tempo, a configuração de forças dos grupos de interesse em disputa na sociedade brasileira no que tange à política de saúde mental.

3.2.3. A produção científica e a desinstitucionalização

A análise de artigos científicos que tratavam da reforma psiquiátrica brasileira foi realizada com o intuito de nos aproximar da produção teórica sobre o tema, pois o enunciado desses textos poderiam oferecer pistas importantes para a identificação do movimento pela reforma, ou estarem sendo construídos na contramão. A seleção dos artigos a serem analisados baseou-se na base de dados Scielo⁵⁶ e numa ordem de critérios que foram destacados na apresentação da metodologia, na introdução deste capítulo.

A busca dos artigos se deu através da opção “busca por assunto” e das palavras-chave “desinstitucionalização”, “reforma psiquiátrica” e “manicomial”. Após essa primeira seleção, utilizamos o critério de incluir, na análise, apenas os artigos publicados em revistas e periódicos classificados pela Qualis como “A”. Dessa forma, chegamos a um total de 22 artigos que foram analisados, utilizando a técnica de “levantamento de soluções” (Salvador, 1982).

É importante salientar que nos textos selecionados não encontramos nenhum artigo de autoria de assistentes sociais, que pode demonstrar a ausência de sistematização da profissão sobre o tema, uma vez que esses profissionais encontram-se vinculados ao movimento pela reforma psiquiátrica, e também lotados nos serviços que compõem a rede assistencial extra-hospitalar. A totalidade dos artigos nos quais constava a área dos autores, foi escrita por profissionais historicamente vinculados à área médica: médicos psiquiatras, psicanalistas, enfermeiros, psicólogos. Nenhum dos artigos foi escrito por profissionais de outras áreas que têm composto as equipes de saúde mental, tais como professores de

⁵⁶ (<http://www.scielo.br>)

educação física, artistas, educadores, entre outros. Esse dado pode apontar que a sistematização e reflexão sobre as experiências da reforma psiquiátrica brasileira encontram-se na alçada do chamado “campo psiquiátrico” e que desterritorializar a problemática da loucura, pelo menos no que se refere à produção científica, ainda constitui um desafio.

Os artigos analisados foram publicados entre os anos de 1994 e 2005, sendo que, nos últimos quatro anos ocorreu maior incidência, conforme podemos verificar no quadro abaixo:

QUADRO Nº.6 - ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA

Ano de publicação	Nº de artigos	Percentual
1994	01	4,55 %
1995	01	4,55 %
1997	01	4,55 %
1998	01	4,55 %
2001	04	18,18 %
2002	05	22,73 %
2003	03	13,63 %
2004	03	13,63 %
2005	03	13,63 %
Total	22	100 %

Fonte: Sistematização da autora

Após a realização das fases de leitura prévia, leitura exploratória e leitura seletiva, verificamos que, do total de artigos selecionados, sete deles não tratavam da reforma psiquiátrica brasileira e, por tal razão, os mesmos não foram analisados. Os demais, num total de 15, passaram a ser examinados de acordo com a etapa denominada por Salvador (1982) de “leitura reflexiva ou crítica” e, posteriormente, de

acordo com a “leitura interpretativa”. Após esse processo, foram elaboradas as fichas de apontamento dos respectivos artigos, nas quais buscamos evidenciar as principais idéias dos autores, suas concepções de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, bem como as fontes utilizadas por eles.

Conforme já afirmamos todos os artigos analisados trataram ou se referiram à reforma psiquiátrica brasileira, mas os temas variaram. Para facilitar a visualização geral do conjunto de textos, estes foram agrupados em seis temas, quais sejam:

1. Estudo do processo brasileiro de reforma psiquiátrica;
2. Avaliação ou análise de serviços extra-hospitalares;
3. Levantamento de publicações sobre o tema;
4. Avaliação ou análise de hospitais psiquiátricos;
5. Repercussões da reforma psiquiátrica na sociedade;
6. Avaliação do comportamento de pacientes.

A maioria dos artigos apresentou um estudo sobre o processo da reforma psiquiátrica em si (tema 1). Seis artigos analisaram esta temática. Três artigos analisaram experiências de serviços extra-hospitalares de cuidados em saúde mental (tema 2). A análise de hospitais psiquiátricos foi realizada em três artigos (tema 4). Dois dos artigos analisados trataram da questão das repercussões da reforma psiquiátrica na sociedade (tema 5). Os temas de levantamento de publicações sobre a reforma psiquiátrica e de avaliação do comportamento de pacientes (temas 3 e 6) foram abordados por um artigo, cada um.

As temáticas analisadas permitem-nos considerar que a reforma psiquiátrica tem sido problematizada e que há preocupação com relação ao funcionamento dos serviços de atenção em saúde mental (hospitalares e extra-hospitalares) por parte dos autores. Apenas um dos artigos focalizou a doença, diretamente, tratando do

“comportamento social” de pacientes esquizofrênicos, o que nos possibilita vinculá-lo à concepção tradicional de psiquiatria.

No que se refere à concepção de reforma psiquiátrica, somente quatro dos artigos analisados, apresentaram uma definição. Um deles trouxe, como definição, a de Amarante, considerando-a um processo histórico de formulação crítica e prática a qual tem, como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas do processo clássico de psiquiatria. Afirma, ainda, que a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar (TEXTO 3).

Uma outra definição de reforma psiquiátrica aparece no Texto 16. Este artigo abordou a definição de reforma psiquiátrica de maneira significativa, afirmando:

Compreendemos a reforma psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma médico-psiquiátrico e pelas práticas que transformam e superam este paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final do decênio de 1970, embora com particularidades regionais significativas, no amplo espaço geográfico nacional. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, determinada pelos processos sociais, regionais e nacionais, a partir dos anos 80 até a atualidade (TEXTO 16, p. 4).

O artigo considera que a reforma psiquiátrica compreende três questões: os movimentos populares organizados no sentido de questionar a psiquiatria; as políticas nacionais no setor saúde, estabelecendo uma rede assistencial alternativa ao hospital psiquiátrico; e legislações nacional e estaduais que garantam um novo modelo assistencial. Afirma e defende, também, que a reforma psiquiátrica ousa buscar “uma outra relação com a doença mental e a cidadania”.

O texto 17 aborda a reforma psiquiátrica como um movimento definido através de articulação política de renovação da estrutura de funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental (TEXTO 17). Dessa forma, a reforma psiquiátrica é reduzida à reestruturação de serviços.

Com sentido bem mais amplo, o texto 22 explicou o que entende por reforma psiquiátrica:

Por reforma psiquiátrica entende-se desde o conjunto de medidas oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando à desospitalização e à reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, na luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Este movimento pode ser compreendido enquanto revisão crítica (teórica, ético-política e jurídica) das práticas e discursos sobre a doença mental e os chamados doentes mentais. Implica em tentativas de mudanças mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas, igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental (TEXTO 22, p.2)

Dos quatro textos que discorreram sobre a definição de reforma psiquiátrica, apenas um não a concebeu de maneira mais ampla e considerando-a para além das reformas de serviços e de local de tratamento. O entendimento da reforma como processo, como movimento, como algo que está sendo construído e que desafia mudança de valores e formas de pensar, está presente em três dos quatro artigos analisados, o que pode nos apontar para uma situação na qual a reforma desejada vai além da mera “reforma”, mas busca a transformação de toda a relação social com a loucura e a doença mental. Por outro lado, a maioria dos artigos analisados não apresentou o que entende por reforma psiquiátrica, ficando a mesma como mero pano de fundo para as análises e como realidade dada. Pensamos que definir

a reforma psiquiátrica que se quer (seja lá o que isso significa) é passo importante quando consideramos que esse é um processo ético-político. A estratégia de “bater na mesma tecla”, discutindo, problematizando e questionando a própria reforma psiquiátrica pode facilitar sua construção.

No que se refere à concepção de desinstitucionalização, cinco dos artigos analisados trouxeram uma definição a respeito. A desinstitucionalização é definida de maneiras diversas, como demonstramos. O Texto 9 inicia abordando o que não considera como desinstitucionalização:

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido de enxugamento do Estado (TEXTO 9, p. 4)

A partir do exposto, o texto contrapõe a noção de desinstitucionalização como desconstrução:

Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (TEXTO 9).

Já o texto 14, aborda a desinstitucionalização como movimento em prol da diminuição das internações psiquiátricas e do tratamento das pessoas na comunidade (TEXTO 14). Dessa forma, apresenta uma definição restrita de desinstitucionalização.

O texto 15 apresenta uma discussão na qual compara o paradigma da desinstitucionalização com o paradigma da internação. Com relação ao primeiro, afirma:

Contrapondo o poder absoluto do saber e da prática profissional psiquiátrica, imposta pelo manicômio, o paradigma da desinstitucionalização amplia a rede de recursos extra-hospitalares com a inserção de outros profissionais, que não apenas os da área “psi”, para acolher e tratar os doentes mentais (TEXTO 15, p.8).

Afirma, ainda, que essa é uma questão paradigmática por abordar a condição de não ser a doença mental apenas uma instância da ordem médica, ou do paradigma biológico. O artigo está tratando, portanto, da questão da desterritorialização da loucura do campo psiquiátrico.

O último artigo que apresentou uma definição de desinstitucionalização foi o Texto 18. Nesse, os autores trazem a “tradição basagliana” de desinstitucionalização que, “diz respeito à promoção de transformações que devem ultrapassar o aparato físico do manicômio, levando a estratégias e ações transformadoras ao campo sócio-cultural, onde então deveria ser ressituated o debate sobre a loucura (TEXTO 18, p. 2). Reforçam e destacam a idéia de que a desinstitucionalização não se restringe à desospitalização.

Desospitalizar significa atuar apenas no sentido da extinção das organizações hospitalares ou manicomiais. Já o termo

desinstitucionalização requer, antes de tudo, o entendimento do termo instituição no sentido da complexidade das práticas e saberes que produzem formas de perceber, de se entender e de se relacionar com fenômenos sociais e históricos. Não é o doente mental que deve ser desinstitucionalizado, mas é a própria loucura como instituição social que precisa ser transformada (TEXTO 18, p. 2).

Assim, da mesma forma da questão da reforma psiquiátrica, os textos abordaram a desinstitucionalização numa perspectiva ampliada. Com exceção de um dos artigos, que reduziu a noção de desinstitucionalização à desospitalização, os demais abordaram a problemática, considerando aspectos importantes dentro do que chamamos “paradigma da desinstitucionalização”.

Dessa forma, é possível afirmar que os autores que se propõem a debater a reforma psiquiátrica tem recorrido aos elementos apontados pelo paradigma da desinstitucionalização, o que permite uma identificação com tal modelo, ainda que as diversas formas de compreender esse movimento estejam expressas em suas produções. Pela densidade do tema, a produção que foi selecionada, com os critérios dessa pesquisa, parecem apontar para uma produção reduzida, o que torna maior ainda o desafio nessa área.

CONCLUSÃO

A assistência em saúde mental vem se metamorfoseando, praticamente, desde sua origem, com o conhecido “gesto de Pinel” de desacorrentar os loucos do Bicêtre. Desde então, muitos foram os movimentos reformistas, as propostas, as discussões que tentaram compreender a incompreensível loucura e se apropriar do saber a respeito do tratamento do louco.

Demonstramos, nessa tese, a trajetória percorrida pelas ações de psiquiatria e, posteriormente, de saúde mental, na busca pelo tratamento/cura/cuidado da loucura que, com o advento da psiquiatria, passa chamar-se “doença mental”. Percorremos as experiências das reformas psiquiátricas desenvolvidas na França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, buscando apreender as características de cada uma delas e a importância atribuída à doença e ao doente. A análise de todas essas experiências e da italiana, em particular, permitiu-nos conhecer e caracterizar o paradigma da desinstitucionalização.

Denominamos paradigma da desinstitucionalização o processo de questionamento e crítica ao aparato manicomial, que não se limita ao local do tratamento em saúde mental, mas que propõe um repensar de toda a estrutura, conceitos, valores e normas estabelecidas com relação à loucura na sociedade. Na realidade, o que se questiona é o modelo de exclusão do diferente, neste caso, a exclusão da pessoa louca e sua prescrita incapacidade. Questiona-se o poder

atribuído à psiquiatria de ser a ciência portadora dos créditos para lidar com tal problemática. Relaciona-se a questão da loucura com a questão social, entendendo que o que está por trás da exclusão a que estão submetidos os loucos da sociedade são as mesmas razões que produziram, na sociedade capitalista, a exclusão do negro, da mulher, dos homossexuais, etc.

Dessa forma, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira está em construção, envolvendo uma série de atores e interesses. Desde a origem das primeiras ações destinadas aos loucos no Brasil, até os dias atuais, muitas foram as disputas e estratégias no sentido de “destinar um lugar ao louco”. Até o final da década de 1970, esse lugar foi o hospício. Ainda que existissem outras alternativas, o hospício constituía o lócus da loucura.

O surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e as experiências de reformas psiquiátricas que vinham se desenvolvendo na Europa e Estados Unidos, possibilitaram que a questão da loucura e do cuidado com o louco viessem a se tornar públicas no Brasil. Houve envolvimento do movimento da reforma sanitária, que também lutava por uma saúde pública como direito de todos e dever do Estado. A discussão sobre um outro modo de cuidar do louco e a responsabilização do Estado por esse cuidado passaram a fazer parte da pauta do dia.

Oriunda do interior do manicômio, a discussão sobre a reforma psiquiátrica ganhou destaque e foi assumida como política do Ministério da Saúde que iniciou a montagem de um arcabouço legal que permitisse criar novos serviços, e atualmente, diminuir número de leitos em hospitais psiquiátricos.

Os primeiros serviços substitutivos criados na década de 1980 nasceram com o objetivo de serem, de fato, substitutivos ao hospital e criados a partir dele. Dessa

forma, visavam o desmonte do aparato manicomial, desconstruindo a necessidade da internação na medida em que construíam um outro lugar para o cuidado (e não tratamento) da loucura. Acreditamos que esta referência de desinstitucionalização como desconstrução presente neste momento da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira deve-se ao fato da ampla movimentação social em torno da questão

Entretanto, o fato de um grande número de leitos psiquiátricos brasileiros ser oferecido através de uma rede privada de hospitais, impôs uma série de dificuldades para a transformação partir de dentro do hospício. O processo de aprovação da Lei 10.216/01 demonstrou o quanto a indústria da loucura influencia e impõe seus interesses no que se refere à política de saúde mental brasileira. Se já constitui uma grande dificuldade operar transformações em hospitais públicos, diante da cultura manicomial dos profissionais e da própria sociedade, a transformação em hospitais privados, revela-se como uma verdadeira guerra.

A privatização da atenção à saúde e à saúde mental, especificamente, constituía e constitui um dos maiores desafios na experiência brasileira da reforma psiquiátrica. Diante dessa realidade, lutar pela reforma psiquiátrica é lutar não só contra a perspectiva tradicional da psiquiatria, mas igualmente contra os interesses econômicos da indústria da loucura. Em outras palavras, não se trata de discutir somente se o hospício é ou não terapêutico, se a loucura é ou não objeto exclusivo da psiquiatria, e outras problemáticas específicas do campo da saúde mental. Somente essas questões já constituem uma discussão complicada e delicada. A indústria da loucura complicou ainda mais, já que estavam (estão) em jogo os interesses econômicos de empresários que abriram hospícios com vistas a faturar sobre tal demanda, não abrindo mão da lucratividade. Dessa maneira, como pensar em fechar suas “empresas”?

A estratégia do Ministério da Saúde tem sido investir em serviços extra-hospitalares que “correm” em paralelo ao hospital psiquiátrico, e, ao mesmo tempo, efetuar transformações nos hospitais existentes, tais como a redução de leitos. Esta estratégia nos parece uma “faca de dois gumes”. Se por um lado, como demonstramos, a reforma vem avançando no que se refere à verdadeira e expressiva expansão da rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental, por outro lado, o hospital permanece existindo e ocupando lugar de destaque na rede assistencial. O hospital segue complementando a rede assistencial e, arriscamos afirmar, que nas cidades em que co-existe junto à rede, ocupa lugar central.

Esta é uma situação que precisa ser revista. Não se transforma uma questão tão complexa quanto a do lugar da loucura e do louco na sociedade com medidas intermediárias e paliativas. Faz-se necessário romper com a estrutura tradicional. Enquanto existir o hospital, aumenta o risco dos serviços substitutivos constituírem-se em espécies de “centros de recreação” e controle dos usuários até a próxima crise e internação. A “tomada de responsabilidade” no que se refere aos portadores de transtorno mental e a todas questões de saúde mental do território, torna-se falha enquanto a estrutura imponente do manicômio estiver à disposição do gestor, dos técnicos, dos usuários e da sociedade.

Tensionado pela disputa de interesses entre os defensores e os contrários à reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo muitas ações no sentido de reverter o modelo assistencial em saúde mental. O número de serviços extra-hospitalares no formato de Centros de Atenção Psicossocial aumentou em quase cinco vezes em cinco anos. Foram criados incentivos financeiros para que municípios implementassem ações com vistas à formação de uma rede assistencial de saúde mental extra-hospitalar. Houve a aprovação de um Programa de Auxílio à

reabilitação psicossocial e incentivo à desospitalização de pacientes com longa internação nos manicômios. Além disso, há ações de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos.

Toda essa movimentação no campo da saúde mental se, por um lado, permite-nos saudar a reforma psiquiátrica em andamento, leva-nos, por outro, a ser temerosos no que se refere ao risco de os novos serviços serem como “gaiolas de ouro” (BASAGLIA, 2006), ou seja, embora o novo formato, apesar da nova linguagem, os serviços persistirem no trato tutelado do portador de transtorno mental. Ser um novo jeito para a velha opressão que considera o doente como incapaz e os técnicos como amplamente capazes de “lidar” com esse problema.

Através da análise da legislação brasileira recente sobre saúde mental, dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e das publicações em periódicos científicos da área, verificamos que a reforma psiquiátrica brasileira vem, passo a passo, criando possibilidades de transformar a problemática da loucura no Brasil. Os princípios e pressupostos do paradigma da desinstitucionalização estão presentes nas discussões acerca da reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, sua efetivação dependerá da habilidade e articulação do movimento pela reforma psiquiátrica com outros movimentos sociais que lutam por uma sociedade verdadeiramente justa e fraterna, no sentido de transformar não só os hospitais/manicômios, mas, principalmente, as relações e mentes manicomialis.

Obviamente, este processo de ruptura, de desmonte, de desconstrução do manicômio não pode se dar fora da sociedade. Não há possibilidade de se transformar a assistência em saúde mental se não houver envolvimento dos usuários e familiares, dos movimentos sociais, dos trabalhadores de saúde mental, das universidades, enfim, do conjunto da sociedade.

Outra questão a ser destacada é que a reforma psiquiátrica, como processo complexo de transformação no saber, na forma de cuidar a loucura só pode se efetivar como conquista da sociedade. Reiteramos o que já afirmamos anteriormente nesta tese: as transformações mais profundas não se dão por normas, portarias e concessões governamentais. Elas se constroem cotidianamente, transformando as relações mais elementares e as mais complexas.

Os artigos analisados demonstraram que estas questões ligadas ao paradigma da desinstitucionalização encontram-se presentes nas reflexões de, ao menos, alguns pesquisadores. Este constitui um fator considerado positivo pois, entendemos a Universidade como locus importantíssimo na construção desta nova forma de cuidar a loucura. A Universidade, além de poder demonstrar através de estudos e pesquisas a eficiência dos novos serviços de atenção psicossocial, é o lugar de formação dos trabalhadores dos serviços. Portanto, é peça fundamental na efetivação da reforma psiquiátrica. Entretanto, a formação acadêmica em muitas universidades segue pautada no referencial tradicional de psiquiatria, centrada na doença, nos sintomas, no hospital psiquiátrico. Não só os cursos de Medicina, mas de todas as áreas envolvidas nos serviços substitutivos precisam rever seus currículos a fim de preparar os profissionais para o cuidado e não para o tratamento.

Acreditamos que, na busca pela transformação da assistência psiquiátrica com vistas a desinstitucionalização, os assistentes sociais, por estarem presentes na maioria dos serviços de saúde mental e, em todos os fóruns e espaços de discussão sobre a reforma psiquiátrica, têm em mãos o desafio de ser parte nessa construção. Tendo como um dos princípios do Código de Ética Profissional a busca por uma sociedade justa e democrática, não há alternativa a não ser, pautar a reforma psiquiátrica como uma das prioridades de luta da categoria. Não é possível construir

a sociedade justa e democrática, enquanto existirem instituições que, baseadas na explicação científica da doença, retirem todos os direitos daqueles, que por ventura, lá vierem a ser internados.

Finalizando estas reflexões, acreditamos que a reforma psiquiátrica brasileira vem trilhando o caminho com vistas a desinstitucionalização. A perspectiva da desinstitucionalização está presente em nossas discussões, fóruns e cabeças. Esse processo, porém, não ocorre por decreto, portaria ou lei. Ele se dá no cotidiano e a efetivação das transformações só será possível, na medida em que a sociedade brasileira, através dos movimentos sociais, dos conselhos setoriais, das universidades, dos meios de comunicação, assumir o desafio de conviver com o diferente, aceitar a diversidade e lutar pela constituição da cidadania brasileira para todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio. *Nos limites da desmesura. Aforismos sobre reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial no Brasil. 2002*. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 12, nº2., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

ALVES, Domingos Sávio. O 'Ex' – tentando ver o futuro.. In: *Cadernos IPUB nº 14. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Psiquiatria, 1999.

ALVES, Domingos Sávio. Por um Programa Brasileiro de Apoio à Desospitalização. In: PITTA, Ana (org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo:Hucitec, 1996 (p. 27-30)

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*., Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (coord.). *Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1995.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 11, nº3, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 21/04/2006.

_____. *O homem e a serpente . Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia. A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997 (p. 163-186)

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês, SCARCELLI, Ianni e COSTA, Eliane. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999 (p. 47-56)

AMARANTE, Paulo (org.) *Ensaio subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. (Coord.) *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. Bases conceituais e históricas do campo da saúde. In: *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003(a).

_____. A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas. In: *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003(b).

_____. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003(c).

AMARANTE, Paulo (coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003d.

AMARANTE, Paulo e OLIVEIRA, Walter. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectiva de integração. In: *Dynamis*. V. 12, nº 47. Blumenau: Edifurb, abr/jun, 2004.

_____. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

ARAÚJO, Renata et. al. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. In: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v. 25, nº2., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

BANDEIRA, Marina e IRENO, Esther. Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber críticas. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 15, nº3., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

BANDEIRA, Marina, MACHADO, Elaine e PEREIRA, Edinéia. Reinserção social de psicóticos: componentes verbais e não-verbais do comportamento assertivo, em situações de fazer e receber críticas. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 15, nº1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

BARROS, Denise. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/Edusp, 1994.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. São Paulo: Monsanto, 1982.

_____. *A instituição negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Graal, 1985.

_____ et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____ *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____ Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992 (p. 113-126).

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. (p. 71-90).

_____ e COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo(org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1986.

BRASIL, Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 3.657*, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. *Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>* Acesso em 24/11/2006.

BRASIL. *Lei nº 9.867*, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL, *Lei nº 10.708*, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de

internações. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Centro Cultural da Saúde. *Memória da Loucura*. Brasília: MS, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS/CNS, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº106*, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº 799*, de 19 de julho de 2000. Institui no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº 251*, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiátrica, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Normatiza o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº2.077*, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM nº 52*, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria

Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE / SAS. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. *Relatório Final*. Brasília: MS/SAS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. *Laços – Saúde Mental em rede. Cadernos eletrônicos da Reforma Psiquiátrica*. Brasília: MS, 2004. < Disponível em <http://www.saude.gov.br>>

Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Documento apresentado à Conferência Regional de Reformulação dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Saúde Mental no SUS. Informativo de Saúde Mental. Ano IV. Nº 21. Brasília: MS, out-nov-dez, 2005.

Saúde Mental em dados. Ano I, nº 1. Brasil: MS, junho de 2006.

Saúde Mental no SUS. Informativo de Saúde Mental. Ano Vm nº 24. Brasília: MS, nov/dez, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria SNAS nº 189*, de 19 de novembro de 1991. Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Senado Federal. *Decreto N. 19.444*, de 1 de dezembro de 1930. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em 28/11/2006.

BRASIL, Senado Federal. *Decreto N. 24.559*, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em 28/11/2006.

BRASIL, Senado Federal. *Decreto N. 5.148 A*, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Disponível: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 28/11/2006.

BRASIL, Senado Federal. *Lei N. 378*, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em 28/11/2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. *Saúde e serviço social*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 2004

CADERNOS IPUB Nº 02. 4ªed. *Organização do trabalho e saúde mental*. Rio de Janeiro: IPUB, 2000.

CADERNOS IPUB Nº 14. *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Rio de Janeiro: IPUB, 1999

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. 4ªed. Petrópolis: Vozes, 2003.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1984.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL (II). *Manifesto de Bauru*. Bauru:MTSM, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, perspectivas e possibilidades*. Brasília: CFP, 2000.

CORTES, Soraya. *User participation and reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre*. 1995. Dissertação.(Doutorado).London School of Economic and Political Science, Londres, 1995.

_____. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: PPGS/UFRGS *Cadernos de Sociologia* v. 9 Porto Alegre: UFRGS, 1998.

COSTA, Clarice e FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004

COSTA-ROSA, Abílio, LUZIO, Cristina e YASUI, Silvio. Atenção psicossocial rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

CUNHA, Maria Clementina. Hospitais a céu aberto. In: MINISTÉRIO DA CULTURA, *Revista de História*, ano1, nº 2. Ministério da Cultura/Biblioteca Nacional, 2005.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Pessoa e bens: sobre a cidadania dos curatelados. In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001 (p.171-202)

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

DIAS, Miriam. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, Elisia et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: Da Casa, 1997.

_____. *Os (des)caminhos da política de saúde mental no RS: uma análise da implantação da reforma psiquiátrica*. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Porto Alegre. PUCRS, 1997.

_____. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Revista Textos e Contextos* Nº 3. Porto Alegre, dezembro de 2004. Disponível em: < <http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano3/direito-portadores.pdf>> Acesso em 21/11/2006.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (ORG.) *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERNANDES, Maria Inês, SCARCELLI Ianni e COSTA, Eliane. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999

FIGUEIREDO, Ana Cristina e CAVALCANTI, Maria Tavares (orgs). *A reforma psiquiatria e os desafios da desinstitucionalização. Contribuição à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: CUCA IPUB/UFRJ, 2001.

FIGUEIREDO, Vanda e RODRIGUES, Maria. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. In: *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 9, nº 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 05/09/2006.

FLEURY, Sonia (org). *Saúde e democracia. A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. 5ª ed. Biblioteca Tempo Universitário 11 – Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. *Historia da Loucura – na idade clássica*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. *Microfísica do poder*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FRANÇA, Júnia e VASCONCELOS, Ana Cristina. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 7ª ed. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura*. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FREIRE, Flávia. UGÁ, Maria Alice e AMARANTE, Paulo. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. (p. 113-142)

FREITAS, Fernando. A história da psiquiatria não contada por Foucault. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 11, nº 1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 31/08/2006.

_____. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, nº 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 05/09/2006.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Irani. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 3ªed. São Paulo:Cortez, 1994. (p. 70-90).

FURTADO, Juarez. Um método construtivista par a avaliação em saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, nº1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 31/08/2006.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ªed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOFFMAN, Erving. *Estigma. Notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. 4ªed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose – um projeto na rede pública*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Cora/ IFB, 1996.

GONÇALVES, Lúcia. *Saúde mental e trabalho social*. São Paulo:Cortez, 1983.

GONÇALVES, Sílvia et. al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, nº 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 31/08/2006.

GUIMARÃES, J. e SAEKI, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de ribeirão Preto (SP). In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 8, nº2., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 05/09/2006.

GUIMARÃES, Jacileide e MEDEIROS, Soraya. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, nº 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 31/08/2006.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna* 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1994

HEIDRICH, Andréa Valente. *O conselho municipal de saúde e o processo de decisão sobre a política de saúde*. 2002. Dissertação. (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, 2002.

HIRARI, Angelina e VALENTIM, Wiliam (orgs). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2001

HIRDES, Alice. *Reabilitação psicossocial. Dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim: EdiFAPES, 2001.

HOBSBAWM, Eric. *Era dos Extremos. O breve século XX – 1914-1991*. 2ª ed. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ. *Cadernos IPUB nº3 Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. 4ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

JUNIOR, Osvaldo Gradella. Hospital Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. In: *Psicologia e sociedade*. Porto Alegre, v. 14, nº1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

KINOSHITA, Roberto tykanori. Uma experiência pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R. et. al. *Saúde mental e cidadania*. 2ªed. São Paulo: Ed. Mandacaru/ Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de Saúde Paulo: São Paulo, s.d.

KOSIC, Korel. *Dialética do concreto*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LAKATOS, Eva e MARCONI, Marina. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANCETTI, Antonio Loucura Metódica. In: *SaúdeLoucura nº 2*. São Paulo: Hucitec, 1990 (139-147).

_____. (org). *SaúdeLoucura 1*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, s/d.

_____. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS/CNS, 2001.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil. In; *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, nº1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

LEFEBVRE, Henri. *Lógica formal / lógica dialética*. 5ª ed. Rio de Janeiro? Civilização Brasileira, 1991.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997

_____. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, Madel. A história de uma marginalização: apolítica oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas, possibilidades. In: AMARANTE, Paulo(org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MACHADO DE ASSIS, J. *O alienista*. Porto Alegre: L&PM, 1998.

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, nº2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 18/05/2006.

MACHADO, Kátia. Como anda a reforma psiquiátrica? *Radis – Comunicação em Saúde* nº 38. Rio de Janeiro: Fiocruz, outubro de 2005 (p.11 –19).

MACHADO, Roberto et. al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIA, Rousiley e FERNANDES, Adélia. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 17, nº 48, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo. Atlas: 1999

MARSIGLIA, R. et. al. *Saúde mental e cidadania*. 2ªed. São Paulo: Ed. Mandacaru/ Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo: São Paulo, s.d.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Pesquisa qualitativa. Um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, Karl. Teses sobre Feuerbach. In: MARX, Karl e ENGELS, F. *A ideologia alemã (Feuerbach)*, 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993. (p 125-128).

MESZÁROS, Itsván. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo, 2004

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

_____. (org). *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. 16ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. *Relatório Final*. Vi Encontro Nacional do MNL. Autonomia do movimento. Fortalecendo idéias, revendo práticas. São Paulo: MNL, 2005.

NASCIUTTI, Jacyara. Pensando a desinstitucionalização: alguns aspectos institucionais e das representações sociais. *Cadernos IPUB nº 7. Saúde Mental e Desinstitucionalização: reinventando serviços*. vol.1, nº1. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997 (p. 89-111).

NICÁCIO, Fernanda e AMARANTE, Paulo e BARROS, Denise. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005 (p. 195-214).

NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, Antonio (org). *SaúdeLoucura 1*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, s/d. (p. 91-108)

ODA, Ana Maria, DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro. v. 12, nº3, set/dez 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 02/09/2006.

OLIVEIRA, Aline e ALESSI, Neiry. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. In: *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, nº 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 02/09/2006.

OLIVEIRA, Francisco e PAOLI, Maria Célia (orgs.). *Os sentidos da democracia: política do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis/Brasília: Vozes/NEDIC, 1999.

OLIVEIRA, J. E TEIXEIRA, Sônia. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Caracas, 1990. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/130_kuvut_declaracao_Caracas_port.PDF> . Acesso em 02/09/2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, novas esperanças*. 2001.

PAIM, Jair. As políticas de saúde e a conjuntura atual. In: CEBES. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, março, 1989 (p. 18-24).

PASSOS, Izabel. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 19, nº 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 02/09/2006.

PAULINS, Luiz Fernando e TURATO, Egberto. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.11, nº2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 24/04/2006.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: *SaúdeLoucura nº 2*. São Paulo: Hucitec, 1990 (139-147).

PEREIRA, Rosemary. *Política de saúde mental no Brasil. O processo de formulação da reforma psiquiátrica (10.216/01)*. 2004. Tese (Doutorado em Ciência na área de saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____ *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____ *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

PITTA, Ana (org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo:Hucitec, 1996.

PRATES, Jane. O planejamento da pesquisa social. In; ABEPSS. *Revista Temporalis Ano 4, nº 7* (jan/jul 2004). Porto Alegre: ABEPSS, 2004. (P. 123-143).

PUEL, Elisia et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: Da Casa, 1997.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

RICHARDSON, Roberto J.e colaboradores. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo:Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. *Lei nº 9.716*, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras provisórias. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ROTELLI, Franco. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000 (p. 301-306).

ROTELLI, Franco., LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco., LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. e AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SALVADOR Ângelo Domingos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica*. 10 ed. Porto Alegre: Sulina, 1982.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível* 2ª ed. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Cora/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002

SOUZA, Maria Conceição e COSTA, Maria Cristina (orgs). *Saúde mental em uma sociedade em mudança*. Ribeirão Preto: Legis Summa / Fierp., 2005.

TEIXEIRA, Sônia (org). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, Sônia. Política de saúde na transição conservadora. In: CEBES. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, setembro, 1989 (p. 42-53).

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.9, nº1., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 31/08/2006.

TORRE, Eduardo Henrique e AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 6, nº 1. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 31/08/2006.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.) *Saúde Mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. *Cadernos IPUB nº 7. Saúde Mental e Desinstitucionalização: reinventando serviços*. vol.1, nº1. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997 (p. 17-39).

VENANCIO, Ana Teresa, LEAL, Erotildes e DELGADO, Pedro Gabriel (orgs). *O campo de atenção psicossocial*. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IFB/Te Cora, 1997.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. Em torno do conceito de políticas sociais: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002. (Disponível em <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fArtigoCoppead.pdf>> Acesso em 28/05/2006.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 12 nº1, 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 31/08/2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Ficha de apontamento para a legislação e Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Descrição da legislação. Número, data e ementa.

ASPECTOS A SEREM DESTACADOS/ANALISADOS	CONTEÚDO DA LEGISLAÇÃO
Questão conceitual – Estatuto do louco e da loucura	
Questão técnica – concepção de tratamento	
Questão cultural – desterritorialização da loucura do campo psiquiátrico	
Questão jurídica – política – cidadania do portador de transtorno mental	
Desinstitucionalização	
Reforma psiquiátrica	
Observações	

APÊNDICE 2

Ficha de apontamento para os artigos científicos

Ficha Nº. _____

Título do artigo:

Autor:

Tema:

Objetivo do artigo:

Principais idéias:

Concepção de desinstitucionalização

Referências utilizadas para definir desinstitucionalização:

Concepção de reforma psiquiátrica:

Referências utilizadas para definir reforma psiquiátrica:

Outras informações: