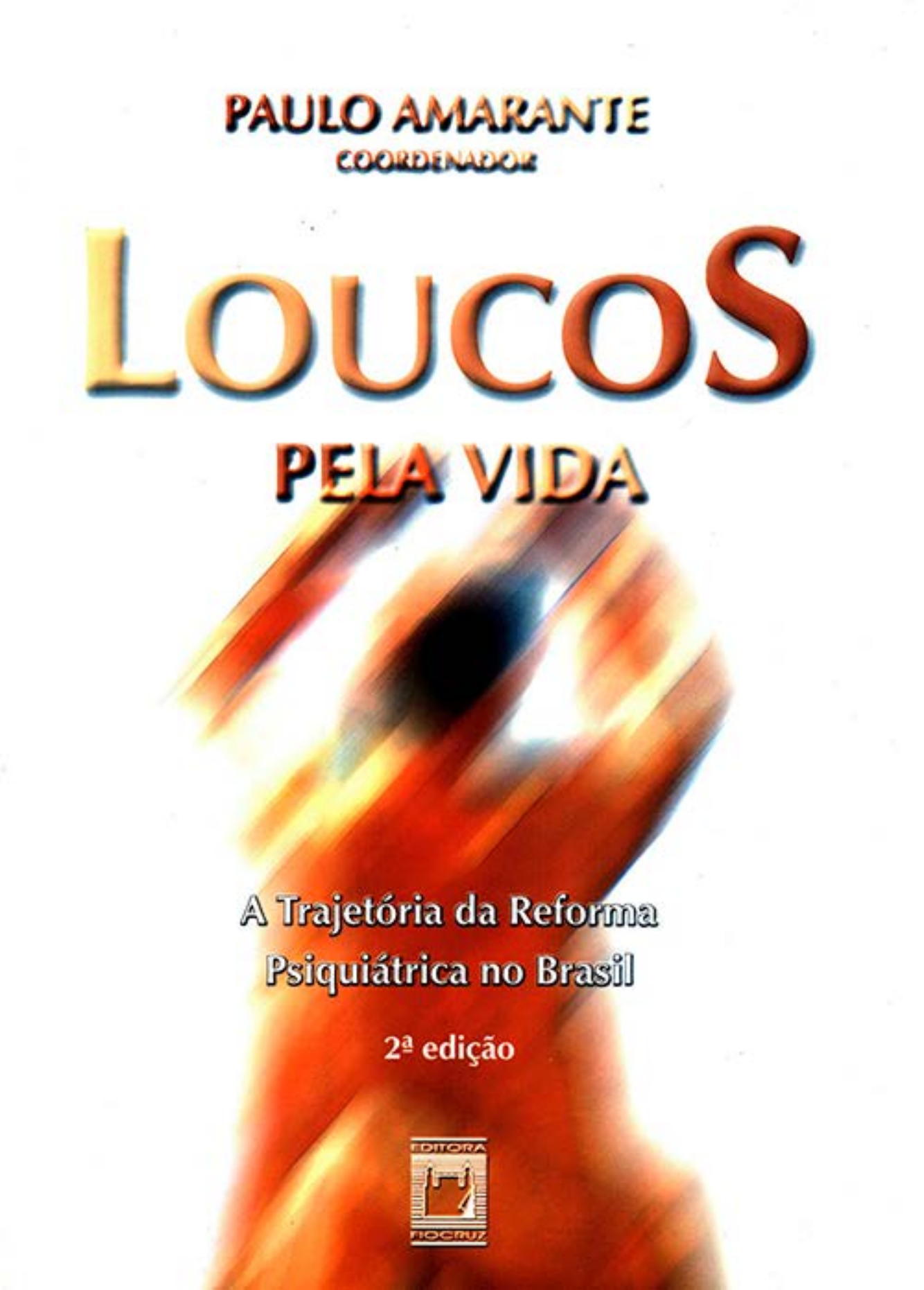
PAULO AMARANTE
COORDENADOR

LOUCOS PELA VIDA



A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

2ª edição

EDITORA FIOCRUZ

Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil

Paulo Amarante (coord.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMARANTE, P., ed. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 136 p. ISBN 978-85-7541-335-7. https://doi.org/10.7476/9788575413357.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

LOUCOS PELA VIDA

A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima e Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Ana Lúcia Teles Rabello
Armando de Oliveira Schubach
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Gerson Oliveira Penna
Gilberto Hochman
Joseli Lannes Vieira
Lígia Vieira da Silva
Maria Cecília de Souza Minayo

LOUCOS PELA VIDA

A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

PAULO AMARANTE
Coordenador

2ª Edição
Revista e Ampliada

5ª Reimpressão

EDITORA
FIOCRUZ

Copyright © 1995 dos autores
Todos os direitos reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-85676-51-5

1ª edição: 1995
2ª edição: 1998
1ª reimpressão (2ª edição): 2000
2ª reimpressão (2ª edição): 2001
3ª reimpressão (2ª edição): 2003
4ª reimpressão (2ª edição): 2009
5ª reimpressão (2ª edição): 2010

Revisão 1ª edição: *Maria Helena de Oliveira Torres*
Capa 2ª edição: *Carlos Fernando Reis da Costa*
Foto da capa 2ª edição: *Alvaro Funcia Lemme*
Projeto gráfico e editoração eletrônica 2ª edição: *Marilene Cardoso Santos*
Revisão 2ª edição: *Paula Solano e Marcionílio Cavalcanti de Paiva*
Preparação de originais e copidesque 2ª edição: *João Carlos Canossa Mendes e Fernanda Veneu*

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

C824q Amarante, Paulo (Coord.)

Loucos pela vida: a trajetória da reforma psquiátrica no Brasil. / coordenado por Paulo Amarante. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

136 p.

1. Política de Saúde 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Política Social.
4. Psiquiatria no Brasil. 1. Amarante, Paulo (Coord.)

CDD-20.ed.-333.3

2010
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

AUTORES

Andréa da Luz Carvalho

Psicóloga, especialista em Psiquiatria Social e residência em Medicina Preventiva e Social (ENSP), mestranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ).

Déborah Uhr

Psicóloga, especialista em Saúde Mental (IP/UFRJ) e Psiquiatria Social (ENSP), residência em Saúde Mental (CPPII/FIOCRUZ), mestranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ).

Ernesto Aranha Andrade

Cientista social, especialista em Psiquiatria Social (ENSP), mestrando em Antropologia Social (UFF), pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental.

Laurinda Augusta Beato de Pinho Freitas

Psicóloga, especialista em Psiquiatria Social (ENSP), pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental.

Martha Cristina Nunes Moreira

Psicóloga, especialista em Psiquiatria Social e mestre em Saúde Pública (ENSP), pesquisadora do Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ).

Paulo Amarante (Coordenador)

Médico, mestre em Medicina Social, doutor em Saúde Pública, pesquisador titular da FIOCRUZ, coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental. Atualmente é presidente nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Waldir da Silva Souza

Cientista social, especialista em Psiquiatria Social e mestrando em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental.

Participaram ainda da pesquisa *Análise dos Determinantes e Estratégias das Políticas de Saúde Mental: o projeto da Reforma Psiquiátrica (1970-1990)*: Maurício Lougon, Maria Lelita Xavier, Hilma Ribeiro da Silva, Maria Fernanda Patitucci Valente, Ingrid Cavalcanti Mendonça e Luiza Lage. Antônio Marcos Dutra da Silva participou da pesquisa durante a elaboração desta segunda edição.

Este trabalho é dedicado à memória de Ivete Braga, a quem tivemos a satisfação de entregar o primeiro exemplar do relatório da pesquisa. Fundadora da SOSINTRA, entidade precursora dos movimentos de problematizados e seus familiares, Ivete deu-nos o exemplo da luta obstinada contra a violência da psiquiatria e dos manicômios, e do empenho em transformar esta mesma realidade, contribuindo para que os doentes mentais, objetos da violência sistemática, assumissem o protagonismo de uma luta cidadã em prol da vida e dos direitos. Este sentido de vida foi, para nós, o maior dos seus ensinamentos.

Com igual saudade, e pela mesma importância, registramos a falta que nos fazem nesta luta os amigos Silvério Tundis e Raffaele Infante.

SUMÁRIO

Prefácio à segunda edição 11

Prefácio à primeira edição 13

Apresentação à segunda edição 17

Apresentação à primeira edição 19

1. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico:
tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica 21

2. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil 51

3. Algumas Considerações Históricas e outras Metodológicas sobre a
Reforma Psiquiátrica no Brasil 87

Referências Bibliográficas 123

Posfácio: por um "Brasil sem Manicômios no Ano 2000" 131

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

Cidadania, Singularidade e Inovação

O setor saúde brasileiro tem oferecido uma vasta gama de inovação organizacional para as políticas públicas na área social: uma competente agenda de descentralização, alternativas de pactação entre atores relevantes e, principalmente, um novo *design* de justiça distributiva. Contudo, uma pergunta parece ainda que não foi respondida de modo satisfatório: qual o modelo de atenção que sustentará esse castelo? A leitura de *Loucos pela Vida* é útil e oportuna para responder ao desafio da instauração da cidadania sanitária, ampliando os horizontes culturais e cognitivos de toda sociedade sobre a saúde e sobre a justiça.

O livro que testemunha especificamente sobre a trajetória da agenda da Reforma Psiquiátrica no Brasil – anotando os eventos e atores relevantes – inscreve-se como um capítulo na reflexão sobre inovação da noção assistencial, ao enfrentar a discussão sobre a eficácia do modelo médico clássico para responder à complexidade de causas e determinantes do estado de saúde. O modelo clássico restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica ou organicista (a doença torna-se simplesmente um manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social; incentiva a especialização da profissão médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica; consolida o curativismo, por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa. A crise de confiança na organização da atenção a partir da doença, do indivíduo e do hospital foi fortalecida pela avaliação do seu impacto apenas relativo nas mudanças dos indicadores gerais de saúde (causas de morte, de morbidade e esperança de vida). O livro *Loucos pela Vida* faz uma importante cartografia dessa crise de legitimação do saber médico, aqui traduzida numa das especilidades mais afetadas pelos ideais das inovação e da ampliação dos horizontes cognitivos e práticos: o saber psiquiátrico e seus dispositivos disciplinares.

Essas inovações trouxeram contribuições relevantes para pensar e agir sobre dimensões da diferença e da singularidade no caso da organização da atenção aos doentes mentais. É interessante apontar que a leitura da coletânea permite perceber que os realinhamentos cognitivos e práticos não permanecem demarcados apenas pela crise de legitimação profissional, mas afetam a crença absoluta na verdade da ciência e nos dispositivos puramente tecnológicos em oferecer alternativas aceitáveis, sejam explicativas ou terapêuticas, para a loucura. O que aparece submetido a escrutínio é o próprio ideal da cura ou a busca vã em reinscrever o louco como sujeito da vontade e da razão. Nesses termos, o projeto universalista do contrato social, entre sujeitos da razão e da vontade, seria insuficiente para encontrar um lugar para a cidadania tresloucada. Coordenado por Paulo Amarante, este livro é um instrumento importante para compreender esse dilema e um testemunho da construção de alternativas institucionais de reforma na saúde inovadoras, exitosas e includentes.

Nilson do Rosário Costa
ENSP/FIOCRUZ e UFF

PREFÁCIO À PRIMEIRA EDIÇÃO

Há até poucos anos, a condição psiquiátrica do Brasil era muito dramática. O juízo expresso pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde era negativo: um quadro de ineficácia, ineficiência, baixa qualidade e violação dos direitos humanos.

A partir da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas no ano de 1990, inicia-se um extraordinário processo de transformações, que envolve todo o continente.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que o Brasil é o país onde se está realizando o mais importante passo à frente deste quadro de mudanças. Em menos de três anos, o número de hospitais psiquiátricos foi reduzido em 8%, enquanto que o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido em 6%. Foram criados 2.156 leitos para atendimento psiquiátrico em 139 hospitais gerais e 3.500 vagas em hospitais-dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. O custo com internações hospitalares baixou e melhoraram as condições de funcionamento.

Tendo o privilégio de participar dos trabalhos de preparação e de realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, não tive dúvidas quanto aos resultados. Esta Conferência representou, de fato, uma das mais extraordinárias mobilizações de energia e investimento jamais realizadas sobre uma temática de cunho sanitário.

O processo fazia parte do entusiasmo pela reconstrução democrática, que atravessou o País desde o fim dos anos 80, mas que referia-se também à influência produzida pelo pensamento e a prática de Franco Basaglia, desde os últimos anos da década de 70, e do empenho militante do movimento da Luta Antimanicomial.

O livro de Paulo Amarante e colaboradores permite-nos percorrer alguns destes extraordinários momentos, além de entender as interconexões entre os mesmos.

Mas, vejamos em detalhes as transformações e os pontos críticos deste processo.

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e têm crescido ainda mais, em detrimento de outras necessidades sanitárias prementes do País.

Igualmente dramática era a situação dos profissionais: sujeitos de mudanças do poder político, condicionados pelas suas ideologias, constrangidos, pelos baixos salários, a uma dimensão de trabalho *part time*. As suas responsabilidades e os seus envolvimentos ativos nos serviços eram muito reduzidos.

Esta condição de 'impasse', os seus custos elevados, a indignação provocada pelo ultraje dos direitos mais elementares dos internados geraram um movimento de protesto que se consolidou em torno de um desejo existente no País, por si só complexo, de cidadania e de justiça social.

As experiências-piloto descritas neste livro são diretamente decorrentes desta consciência e estão coligadas àquele vasto movimento alternativo à psiquiatria tradicional que, no fim dos anos 60, atravessou os EUA e alguns países da Europa, e que encontrou, talvez, sua realização mais completa na Itália e na Espanha.

Atualmente, algumas das iniciativas já 'históricas' de muitos estados e cidades brasileiras podem ser consideradas experiências consolidadas; mantêm intacto o poder de uma prática rica e entusiasmante e desenvolvem uma função atrativa e multiplicadora através de outros contextos.

E, de fato, malgrado grandes dificuldades estruturais, muitos hospitais psiquiátricos estão sendo transformados, ao mesmo tempo em que surgem hospitais-dia, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), nos contextos mais diversos, em todas as regiões do País. O que sucede nessas regiões é o nascimento de experiências inovadoras no interior; experiências novas, mas já extraordinariamente ricas e complexas.

Existe, todavia, uma preocupação: se o retorno ao passado já resulta impossível, não é claro o ponto de chegada do processo como um todo.

Como exemplo, há o risco de que o hospital psiquiátrico, mais ou menos modernizado, com um número de leitos reduzido, continue a desenvolver o seu papel 'insubstituível' de salvaguarda para o controle da 'periculosidade' e da 'cronicidade' psiquiátrica. Há, ainda, o risco de que a ausência de afirmação do novo modelo dos serviços engendre um sentimento de incerteza nos operadores. É sabido que tal sentimento pode dissuadir a atenção em torno da própria realidade, o que pode estimular um consumo de ideologias. No mercado, existem hoje modelos psicoterápicos e reabilitativos, assim como instâncias epidemiológicas e gerenciais que, embora representem instâncias diversificadas, são, todavia, contaminados pelo modelo ideológico da 'velha' psiquiatria que os gerou.

A Organização Mundial da Saúde aspira, de fato, a um modelo de serviços de saúde mental integrado, voltado para a prevenção e centrado na participação ativa da Comunidade. As propostas tecnológicas em questão supervalorizam a importância do modelo organizativo e exprimem indicadores de êxito ainda vinculados aos conceitos tradicionais de saúde e de doença.

Para evitar tais riscos, se impõe a necessidade de realizar, em breve tempo, algumas intervenções 'objetivas' e algumas intervenções 'subjetivo-intrínsecas' ao processo em ação.

Entre as primeiras, as normas legislativas têm, evidentemente, um papel fundamental. Até o presente, foram aprovadas em cinco estados (Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Ceará, Pernambuco e Minas Gerais) novas legislações de reestruturação da atenção psiquiátrica. É necessário que estas leis sejam imediatamente aplicadas e que demonstrem resultados positivos para os demais estados.

Mas, sobretudo, é necessário constituir uma sólida rede alternativa ao internamento no hospital psiquiátrico, um importante e eficiente controle público da porta de entrada deste circuito, e a possibilidade de atendimento aos pacientes graves.

Os NAPS e os CAPS constituem certamente a resposta mais avançada e criativa. Todavia, a implantação dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais – em alternativa aos leitos do hospital psiquiátrico – ainda me parece o objetivo mais realístico e significativo. Este objetivo deveria ser perseguido com grande determinação nos próximos anos.

Um outro elemento 'objetivo', que assinalará a sorte do processo em desenvolvimento, é a municipalização das ações de saúde. A descentralização do poder e a transferência de responsabilidade aos municípios constituem, para a OMS, estratégias funda-

mentais para a obtenção da saúde por parte da população mais necessitada e mais exposta. A municipalização, de fato, reduz os riscos de fragmentação dos serviços, oferece a possibilidade de compreensão das necessidades e das faixas de risco de uma população, constituindo-se a condição ótima para estimular a participação ativa da comunidade.

Os elementos 'extrínseco-objetivos' acompanham o processo no seu crescimento, mas, ao meu modo de ver, são os elementos 'subjetivo-intrínsecos' que definem a propriedade do processo. Estes são aqueles que vão ao cerne da questão, que tocam no aspecto do paradigma tradicional da psiquiatria e conduzem à produção social da saúde.

Expressões desse processo são a presença ativa dos usuários, dos familiares e da comunidade. A insistência na necessidade de participação de usuários e familiares nos serviços de saúde mental constitui, geralmente, quase um estereótipo.

Os anglo-saxões afirmam a absoluta necessidade de envolver no projeto terapêutico os *stokcholder* (usuários, familiares, vizinhos) que têm o poder de provocar a situaçáó de crise.

A reforma sanitária proposta pelo presidente dos EUA, Bill Clinton, prevê uma avaliação anual dos agentes dispensadores de prestação e atribui ao voto dos usuários um valor determinante. Eu penso, todavia, que os familiares e usuários devem desenvolver um papel mais incisivo que a simples representação formal, voltada para a defesa das necessidades de uma 'categoria'. O conceito de 'cidadania', por exemplo, assim prepotentemente afirmado nas instâncias inovadoras do Brasil, se coloca já em um nível mais profundo: rompe com o específico psiquiátrico e atrela o mundo da saúde mental àquele mais complexo da sociedade civil.

O risco atual é que esta tensão permaneça circunscrita a uma instância ética e não atinja o paradigma da psiquiatria tradicional, embasado em um pensamento simplificante e reducionista, fundamentalmente abstrato e ideológico, e que se traduza a instâncias de racionalização e normalização.

O olhar de Simão Bacamarte – em *O Alienista*, de Machado de Assis – exprime bem este paradigma. Olhar do observador puro e rigoroso que, como a Medéia da mitologia, petrifica o objeto do seu olhar. Isto representa uma objetividade e uma ordem fundada na distância e na eliminação cirúrgica da diversidade.

Na realidade, estão hoje em crise a ordem e as certezas do mundo positivista, que geraram o paradigma psiquiátrico tradicional. E não se trata apenas da crise da nosografia classificatória; é, ainda, a crise da noção de *setting*, ou de *transfert*, ou de sistemas e de relações.

A física moderna, a partir da teoria da relatividade de Albert Einstein, abandonou as certezas lineares de Newton: o universo se constitui, desde o início, na organização turbulenta, na instabilidade, no desvio, na improbabilidade. A evolução não é mais uma idéia simples, um projeto ascendente, mas é, ao mesmo tempo, degradação e construção, dispersão e concentração. A crise das ciências exatas, matemáticas, se faz refletir nas ciências do homem e da sociedade.

O observador é reintegrado na observação, e o observado foge ao conceito de objeto. A sua diversidade torna-se valor, o conflito é desejado como potencialidade inovadora e a desordem é o pressuposto do ato terapêutico. A dimensão unidirecional do para-

digma psiquiátrico (simbolizado pelo espelho unidirecional da terapia familiar) é colocada em crise. À alteridade é contraposta a integração, e esta pressupõe que o observador levante-se de sua cátedra e se permita atravessar pelo olhar do observado e, ainda, pelo olhar de tantos outros – a família, a comunidade.

"De perto ninguém é normal"; é verdade! Mas, pode-se dizer também que 'de perto ninguém é anormal'. Tornar terapêuticos e terapeutizantes é, a meu modo de ver, a característica intrínseca do processo alternativo. Vale dizer, em outras palavras, que a característica fundamental é poder superar o conceito de cura com aquele de experiência complexa, de entrelaçamento de 'sistemas de sistemas'. Esta realidade já existe: muitas experiências estão empenhadas nestes princípios, aqui no Brasil e em muitos outros países.

Diariamente, no meu lugar de trabalho em uma cidade da Itália, vejo desenrolar-se sob meus olhos este extraordinário processo criativo, que faz, dos usuários e da comunidade, protagonistas de um processo terapêutico que transpõe o específico e atinge os temas fundamentais da vida.

Desejo que as políticas de Saúde Mental se enderecem nesta direção e penso que o caminho – do qual Paulo Amarante continua a ser testemunha e protagonista – já possa conter alguns destes resultados.

Ernesto Venturini
Diretor de Saúde Mental de Ímola, Itália

APRESENTAÇÃO À SEGUNDA EDIÇÃO

Este livro nasceu de um projeto cuja maior pretensão era a preservação da memória do processo contemporâneo de reforma psiquiátrica, que vem ocorrendo no Brasil desde a segunda metade da década de 70. Foi assim que demos início ao projeto: recolhendo, organizando e catalogando toda a produção do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (depois Movimento por uma Sociedade sem Manicômios), chegando a um acervo histórico de mais de três mil documentos processados. Posteriormente, durante um período de cerca de cinco anos, a equipe dedicou-se à leitura e à discussão dos documentos, que culminou com um relatório de análise histórica e conceitual do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Deste relatório, nasceu a idéia do presente livro.

Publicá-lo, no entanto, era uma outra questão. Em primeiro lugar, porque não tínhamos uma avaliação clara do interesse que o tema poderia despertar entre os técnicos, pesquisadores e estudantes da área. Embora a pesquisa e os seus resultados nos parecessem muito importantes, principalmente pelo aspecto da preservação da memória, partíamos do pressuposto de que seria um instrumento de consulta de apenas um ou outro pesquisador ou estudante de pós-graduação, mas não um documento de interesse mais amplo. Por outro lado, um texto baseado nos originais da pesquisa já havia antecipado grande parte dos resultados da mesma, reduzindo, assim, sua originalidade e utilidade como fonte de consulta e pesquisa.

Dúvidas à parte, recebemos a proposta da Secretaria de Desenvolvimento Educacional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que mantinha uma linha de publicações dedicada aos resultados de pesquisas que, em geral no nosso país, acabam empoeiradas nas estantes dos próprios pesquisadores. E graças a esta linha editorial denominada Panorama ENSP, foi publicada a primeira edição de *Loucos pela Vida*.

Para nossa satisfação, o livro teve uma aceitação bastante favorável, tendo sido rapidamente esgotada a edição, uma vez que foi adotado em cursos de graduação e pós-graduação, em bibliografias de concursos e utilizado em inúmeras monografias, *papers*, dissertações e teses.

Esta segunda edição revista e ampliada, agora pela Editora Fiocruz, vem com algumas alterações importantes, especificamente nos itens quatro do capítulo 2, 'Novos rumos: a trajetória da desinstitucionalização', e dois do capítulo 3, 'O estado da arte: os temas, a literatura, os autores', com a inclusão de novas referências e análises, e com a ampliação do período coberto na edição anterior.

Além daqueles aos quais fizemos referência na primeira edição, queremos agradecer ainda a Adauto Araújo, Alvaro Funcia Lemme, Antonio Marcos Dutra da Silva, Carlos Coimbra Jr., Carlos Fernando Reis da Costa, Fernanda Veneu, João Carlos Canossa Mendes, Jurema Camargo Magalhães, Marcionílio Cavalcanti de Paiva, Maria Cecília G. B. Moreira, Maria Helena de Oliveira Torres, Paulo Buss, Pedro Teixeira, Roberto Aguiar, Ruben Fernandes, Sônia Pinho, Sônia Silva e Walter Duarte.

Paulo Amarante

APRESENTAÇÃO À PRIMEIRA EDIÇÃO

Este trabalho é resultado de uma pesquisa desenvolvida no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES/DAPS), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz. A pesquisa intitulava-se "Análise dos Determinantes e Estratégias das Políticas de Saúde Mental no Brasil: o projeto da reforma psiquiátrica (1970-1990)", e foi desenvolvida no período de 1989 a 1993.[1]

O principal objetivo deste trabalho é o de delinear os cenários, identificar os temas, os atores e as fontes de pesquisa, no sentido de fornecer subsídios a todos aqueles que se dedicam ao estudo da história recente das experiências brasileiras e, menos, de propor uma interpretação definitiva sobre os mesmos.

O primeiro capítulo é dedicado aos antecedentes teóricos da reforma psiquiátrica no Brasil, isto é, à recuperação das principais correntes, tendências e experiências internacionais que influenciaram na constituição do projeto brasileiro. Para tanto, são utilizadas as fontes originais mas, principalmente, as fontes produzidas por autores nacionais, com o objetivo de deles extrair a forma e o contexto com os quais são utilizadas as referências internacionais.

O segundo, mais específico, refere-se ao objeto precípuo da pesquisa, em que procura-se recuperar a constituição teórica e prática do processo brasileiro, indo dos primeiros anos da década de 70 até 1990, quando se delineia um novo momento deste mesmo processo. Aqui podem ser encontradas algumas referências dos principais cenários, conjunturas e acontecimentos da trajetória das políticas públicas em saúde mental no País, assim como pode-se ter acesso a alguns destes documentos.

No terceiro capítulo, ensaiam-se algumas possibilidades, a partir de alguns elementos históricos e metodológicos, de se pensar o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, analisando-o a partir dos diferentes cenários, temas e atores.

Esperamos que este trabalho seja útil para aqueles que se dedicam à pesquisa, ao ensino e à assistência, empenhando-se na transformação das instituições, das práticas e das políticas de saúde mental.

Agradecemos a cooperação de todos aqueles que nos deram um pouco de suas colaborações e de seus arquivos pessoais, especialmente a Sonia Fleury Teixeira, Cristina de Albuquerque Possas, Maria Cecília Minayo e Joel Birman.Agradecemos ainda a Ana Pitta, Antonio Slavich, Benilton Bezerra, Cláudia Ehrenfreund, Denise Dias Barros, De Paula, Domingos Sávio Nascimento, Ernesto Venturini, Fátima Martins Pereira,

1 Aqui podem ser encontradas algumas citações de textos publicados em anos anteriores ou posteriores ao período coberto pela pesquisa. Isto ocorre quando o material em questão refere-se ao período 1970-1990, ou quando é absolutamente imprescindível para a compreensão ou esclarecimento de alguma passagem ou conceito. Nesta mesma pesquisa, realizamos uma detalhada cronologia de eventos e situações de relevância no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, assim como organizamos um enorme acervo bibliográfico que cobre o período que vai de 1970 a 1990. Nesta segunda edição procuramos cobrir o período que vai até 1992.

Fausto Amarante, Fernanda Nicácio, Franca Ongaro Basaglia, Francisco Inácio Bastos, Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Graça Fernandes, Joel Birman, Manuel Desviat, Marisa Cambraia, Pedro Silva, Raffaele Infante, Ricardo Aquino, Selma Lancman e Sergio Guerrieri.

A todos os amigos, professores e pesquisadores da ENSP, especialmente do NUPES.

E, finalmente, os apoios fundamentais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Docentes do Ensino Superior (CAPES), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM), do Instituto Philippe Pinel, do Centro Psiquiátrico Pedro II, do Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia-Giulia, da Unità Sanitaria Locale 23-Ímola e do Centro Ligure di Documentazione Studi e Ricerche sulla Salute Mentale.

Paulo Amarante

1

REVISITANDO OS PARADIGMAS DO SABER PSIQUIÁTRICO: TECENDO O PERCURSO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O exercício de reconstituição do percurso da reforma psiquiátrica apresenta-se conectado tanto à possibilidade de revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam e/ou possibilitam a emergência deste movimento, quanto à reatualização de um olhar histórico-crítico sobre os paradigmas fundantes do saber/prática psiquiátricos.

Neste sentido, interessa-nos apresentar ao leitor uma visão ao mesmo tempo panorâmica e específica, desde o nascimento da psiquiatria até às propostas de reformulação e críticas ao modelo psiquiátrico. É nosso objetivo, nesse momento, procurar delinear os marcos fundamentais, tanto do modelo psiquiátrico clássico, quanto das principais correntes de reformas psiquiátricas, a fim de procurar estabelecer as relações históricas e metodológicas entre estas e o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Com isso, mapeamos os principais conceitos que forneceram e ainda fornecem as condições de possibilidade teórica da psiquiatria e suas reformas.

Por opção metodológica, realizamos uma leitura transversal, entre a bibliografia nacional produzida sobre os temas e a internacional, com o objetivo de procurar captar a dinâmica do processo de absorção/transformação dos paradigmas psiquiátricos em nosso país.

Metodologicamente ainda, seguimos a orientação proposta por Birman & Costa (1994)[1] que formulam a hipótese de que a psiquiatria clássica veio desenvolvendo uma crise tanto teórica quanto prática, detonada principalmente pelo fato de ocorrer uma radical mudança no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É certamente no contexto desta crise que surgem as novas experiências, as novas psiquiatrias.

Para estes autores, existem dois grandes períodos, nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é marcado por um

1 Trata-se do artigo "Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária", publicado originalmente em 1976, no *Relatório e Resumos do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil*, promovido pela APPIA, e republicado em AMARANTE (1994a:41-72), versão aqui utilizada. Por outro lado, baseamo-nos ainda, como referência que perpassa grande parte do presente livro, em AMARANTE (1994b).

processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. A questão central deste período encontra-se referida, ainda, à crença de que o manicômio é uma 'instituição de cura' e que torna-se urgente resgatar este caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica. "Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e de Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instalação das Terapias de Família" (Birman & Costa, 1994:44). O segundo período é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a 'saúde mental'. Este segundo momento é representado pelas experiências de psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA).

Os autores pontuam que esta periodização apresenta-se como estratégias diversas para atingir o mesmo fim:

> *... apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se em espaços também diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico conceituais aparentemente díspares, porém que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que tanto uma quanto a outra visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social* (1994:44)

A hipótese dos autores é a de que, tanto em um período quanto em outro, assim como tanto numa estrutura quanto nas demais, a importância dada pela psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades dá lugar a um projeto muito mais amplo e ambicioso, que é o de promover a saúde mental, não apenas em um ou outro indivíduo, mas na comunidade em geral. Visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva. De uma forma ou de outra, o certo é que a psiquiatria passa a construir um novo projeto, um projeto eminentemente social, que tem conseqüências políticas e ideológicas muito importantes.

Enquanto estes dois momentos limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico – na medida em que acreditam na instituição psiquiátrica como *locus* de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente –, a fim de fazê-lo retornar ao objetivo do qual se 'desviara', a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana operam uma ruptura. Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos. Basaglia atualiza com suas experiências um nível teórico-prático fundante de um novo momento, de um movimento inicialmente político, referido a questões do direito e da cidadania dos pacientes, para a operacionalização de categorias e estruturas assistenciais referidas a uma 'psiquiatria reformada' (Rotelli, 1990).

Antecedentes teóricos da reforma

O surgimento da instituição psiquiátrica e o nascimento da psiquiatria

O estudo do modelo psiquiátrico clássico, enquanto saber e prática, é abordado na obra de diversos autores. Dentre eles, destaca-se Michel Foucault, com sua *História da Loucura na Idade Clássica*, que representa um verdadeiro marco, uma reviravolta nas histórias, tanto da psiquiatria quanto da loucura. Assim, temos em *História da Loucura* uma obra fundamental para o estudo do nascimento da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura. Uma outra obra a ser destacada é *Manicômios, Prisões e Conventos,* de Goffman (1974), que esmiuça a estrutura, a natureza e a microssociologia das instituições psiquiátricas, definidas no bojo do que o autor denomina de 'instituições totais'.

A Foucault interessa historicizar criticamente as condições que possibilitam a constituição de saber sobre a loucura, sua submissão à razão através da conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir da percepção, tornada interpretação. A representação da loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, através da "Nau dos Loucos ou dos Insensatos":

> *Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupo de mercadores peregrinos. Esse costume era freqüente, particularmente na Alemanha (...) durante a primeira metade do século XV.* (Foucault, 1978:09)

A percepção social da loucura na Idade Média encontra-se com uma idéia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária. O percurso arqueológico de Foucault permite-nos acompanhar a partilha entre razão e loucura pela verdade. Segundo Roberto Machado: "...toda a argumentação do livro se organiza para dar conta da situação da loucura na modernidade. E na modernidade, loucura diz respeito fundamentalmente à psiquiatria" (Machado, 1982:57).

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica. Para Birman, "essa transformação crucial no lugar simbólico da loucura na cultura ocidental remodelou os eixos antropológicos de sua existência histórica, pois deslocou a relação crucial existente no Renascimento entre as figuras da loucura e da verdade" (Birman, 1992:76).

Durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de 'hospedaria'. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão. A preocupação com critérios médico-científicos – expressão do saber médico – não pertence ainda a tal período. A fronteira com que se trabalha encontra-se referida à ausência ou não de razão, e não a critérios de ordem patológica. A percepção ética organiza o mundo a partir disto que o Iluminismo instaura: o primado da razão, o desencantamento do mundo segundo Max Weber (1982:165-166), sua dessacralização. O Grande Enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura. O trabalho como moeda simbólica ressignifica a pobreza: retira-a do campo místico, no qual é valorizada, e inaugura-a enquanto negatividade, desordem moral e obstáculo à nova ordem social. Dessa maneira, segundo Roberto Machado (1982), o Grande Enclausuramento se estabelece no cruzamento deste contexto, marcado pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza.

Durante a Idade Média, a percepção social da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de 'proteção' e guarda, como um jardim das espécies; diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas. Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica.

O objeto de estudo de Foucault em *História da Loucura* é precisamente a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria. Os dispositivos disciplinares da prática médica psiquiátrica permitem um mascaramento da experiência trágica e cósmica da loucura, através de uma consciência crítica. Esta obra aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social do louco.

A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional. Robert Castel, em *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, refere ao saber/prática psiquiátricos emergentes, um lugar de articulação e síntese das dimensões de "...classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica entre médico e doente, o tratamento moral" (Castel, 1978:81). O cruzamento entre medicina e jus-

tiça caracteriza o processo de instituição da doença mental através do mecanismo descrito por Denise Dias Barros, baseada em Michel Foucault: "A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata" (Barros, 1994:34). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade.

É também Castel que, seguindo a tradição foucaultiana, explora e analisa o trajeto da prática social do internamento em *A Ordem Psiquiátrica*, e pontua suas atualizações pelos movimentos de reformas psiquiátricas em obra denominada *A Gestão dos Riscos*. No primeiro livro, busca demarcar o período anterior ao século XVIII como território das exigências de política social e moralidade pública, quando o complexo hospitalar atualiza-se num misto de casa de correção, caridade e hospedaria, espaço de populações heterogêneas. Enquanto hospital geral, a norma médica não encontra-se instalada, imperam apenas as marcas de um imaginário de depositário dos inadaptados ao convívio social. O hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material. Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (Foucault, 1977), descreve a transformação do hospital (etimologicamente hospedaria, hospedagem, hotel) em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadrinhamento médicos. O hospital torna-se, assim, nas palavras de Foucault, o *a priori* da medicina moderna.

A figura do médico clínico, surgida a partir de 1793, tem em Pinel sua principal e primeira expressão. A 'tecnologia pineliana', segundo Castel (1978), estabelece a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado. Ordenando o espaço valendo-se das diversas 'espécies' de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos. Segundo Robert Castel,

> *A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. (...) Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar.* (1978:83)

Castel caracteriza, em outro momento, a racionalidade desta medicina mental inaugural enquanto meramente classificatória. A esta não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença. "Portanto, racionalidade puramente fenomenológica, que se esgota em constituir nosografias" (1978:103-108). Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a

ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental.

O hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença. Nesse contexto inauguram-se práticas centradas no baluarte asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria – assim como outros saberes do campo social – passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Neste contexto, a psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, assumindo um matiz eminentemente positivista. Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem. Segundo Galende,

> *naturalmente, ao ter tomado o modelo da medicina biológica como referência, a psiquiatria incorporou também seu modelo de causalidade, levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre organogenesia* versus *psicogênese, enfermidade de origem endógena versus exogeinidade, inato* versus *adquirido.* (1983:56)

É interessante constatar que o modelo clássico da psiquiatria foi tão amplamente difundido, que influencia a prática psiquiátrica até os nossos dias – apesar de terem surgido outros tantos modelos. O que talvez sugira a confirmação de que sua validação social está muito mais nos efeitos de exclusão que opera, do que na possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais.

Pautando-se em determinados modelos clínicos, a psiquiatria busca firmar-se enquanto processo de conhecimento científico, em sua pretensão de neutralidade e descoberta da essência dos distúrbios através de relações de causalidade. Este território – matizado pelos cânones científicos – pretende garantir credibilidade de ciência à medicina psiquiátrica emergente. A análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais.

A obra de Pinel – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Ao constituir um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, o ato de Pinel é, desde o primeiro momento, louvado e criticado. As principais críticas dirigem-se ao caráter fechado e autoritário da instituição e terminam

por consolidar um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana, qual seja, o das colônias de alienados. Tal modelo tem por objetivo reformular o caráter fechado do asilo pineliano, ao trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade.

Para o projeto das colônias de alienados, se a doença mental justifica a internação dos sujeitos, urge que o tratamento resgate a razão através do resgate da liberdade ou, como prefere Juliano Moreira, a "ilusão de liberdade".[2] Daí o modelo reformista de Pinel ter a pretensão de solucionar o impasse posto: como é possível, dentro da nova ordem baseada em liberdade, igualdade e fraternidade, tornar-se admissível a existência de uma instituição absolutista? As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos.

As reformas da reforma ou a psiquiatria reformada

O período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições do grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental. Seu ato de 'libertação' dos loucos ressignificou práticas e fundou um saber/prática que aspirava reconhecimento e território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental. Fundou um monopólio de competência de acordo com a realidade sócio-histórica vigente. Assim, as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial.

Utilizamos a expressão "psiquiatria reformada", proposta por Franco Rotelli (1990:17-59), para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade.

Conforme a periodização estabelecida por Birman & Costa (1994), a respeito das psiquiatrias reformadas, organizamos os itens subseqüentes, observando a seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

---

2 Em alusão à proposta de Marandon, ver MOREIRA (1905).

Comunidade terapêutica e psicoterapia institucional: a pedagogia da sociabilidade

Em 1946, T. H. Main denomina comunidade terapêutica o trabalho que vinha desenvolvendo em companhia de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham. Somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo e o delimita, com base em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico, inspiradas nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Com isso, o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

Datada sócio-historicamente do período do pós-guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não mais tolerava conviver. Em tal contexto, toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos é repudiada e reprimida pelo tecido social. Para Birman & Costa (1994:46) "não mais era 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".

Ante os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens, tornava-se urgente reparar tais absurdos. Ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra. A reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho. O asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser considerado o responsável pelo agravamento das doenças, de forma a ultrapassar a parcela esperada da evolução patológica da própria enfermidade.

É assim que tal quadro abre espaço para o surgimento ou retomada de uma série de propostas de reformulação do espaço asilar, até então desconhecidas ou desprovidas de credibilidade. Uma destas propostas é a da "terapêutica ativa" – ou terapia ocupacional – fundada por Hermann Simon na década de 20. A necessidade de mão-de-obra para a construção de um hospital faz com que Simon lance mão de alguns pacientes considerados cronificados e observa efeitos benéficos em tal iniciativa. Para ele: "o trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era habitual" (*apud* Birman & Costa,1994:47). Esta é a primeira e mais fundamental referência para o surgimento, não apenas da comunidade terapêutica, mas também da psicoterapia institucional francesa. Para Birman (1992:84) "a praxiterapia dos anos vinte, estabelecida por Simon, retomou o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela 'sociabilidade da produção'''.

Uma outra ordem de propostas redescoberta naquele período é decorrente da experiência de Sullivan, que introduz uma série de benfeitorias no espaço da instituição asilar, assim como na dinâmica do funcionamento desta. "Com efeito, Sullivan, desde 1929-1930, no seu serviço para pacientes psicóticos, transforma o seu enfoque terapêutico, voltando-o não mais para o tratamento individual mas para a integração dos pacientes em sistemas grupais, sendo mantido o seu serviço segundo a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos" (Birman & Costa, 1994:48).

A década de 40 tem na experiência de Menninger outra grande contribuição no tratamento de pacientes mentais em grupos pequenos, onde seus problemas e soluções são compartilhados e debatidos para, com isso, facilitar sua ressocialização (Birman & Costa, 1994:48).

Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da 'função terapêutica' uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembléias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas. A carência de mão-de-obra – tanto técnica, especializada, quanto auxiliar – pontua a urgência de esgotar todas as possibilidades existentes, sem as quais o hospital não poderia cumprir sua tarefa.

Segundo Jones (1972), a idéia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de "tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico". Mais que isso, através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição.

Jones trabalha com o termo "aprendizagem ao vivo" onde, segundo ele,

> *... a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens na comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de 'aprendizagem ao vivo'.* (1972:23)

Assim, pode-se trabalhar o paciente com o grupo no momento em que um conflito emerge, na prática, como possibilidade de enriquecimento. A comunicação e a troca de experiências fazem-se necessárias entre o hospital e a comunidade. Para Jones, "outra tendência liga-se ao aperfeiçoamento das comunicações entre hospital e comunidade ex-

terna, de modo que se torne possível uma maior cooperação e compreensão entre equipe, pacientes, parentes e estabelecimentos externos" (1972:88). A estrutura do trabalho inclui um contato maior por parte da equipe técnica com os problemas, no próprio cenário da comunidade em que o sujeito vive.

A reforma sanitária inglesa é marcada pelo trabalho que Jones inaugura, pontuando uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, ao demonstrar a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio. A estrutura social de uma comunidade terapêutica é assim definida:

> *Toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto isto é praticável ou desejável depende, naturalmente, de muitas coisas como, por exemplo, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional.*

E mais adiante: "uma característica essencial na organização de uma comunidade terapêutica é a reunião diária da comunidade. Por reunião comunitária entendemos uma reunião de todo o pessoal, pacientes e equipe de uma unidade ou seção particular" (1972:89-91).

A comunidade terapêutica institui o exame e a discussão freqüentes como instrumento de análise dos papéis da equipe e dos pacientes, e da inter-relação entre eles. Tal prática, estabelecida, almeja aumentar a eficácia dos papéis e aguçar a percepção comunitária deles, tornando-os objeto de atenção constante.

> *O poderoso e único líder de equipe vai sendo gradualmente substituído por um grupo de líderes que representam diversas disciplinas profissionais. Estes, em vista do diálogo entre eles mesmos e com o seu 'departamento', começam a funcionar como uma equipe. Esta mudança de poder e autoridade, no sentido de uma estrutura social mais horizontal do que vertical, favorece maior identificação da equipe com a instituição e seus objetivos, de sorte que vem a refletir as idéias de um número muito maior de pessoas do que apenas da cúpula administrativa.* (1972:22-23)

Os tipos de atitudes que contribuem para uma cultura terapêutica são, resumidamente, a ênfase na reabilitação ativa, contra a 'custódia' e a 'segregação'; a 'democratização', em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de *status*; a 'permissividade', como preferência às costumeiras idéias limitadas do que se deve dizer ou fazer; e o 'comunalismo' em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico.

Para Basaglia, que administrara uma comunidade terapêutica no Hospital de Gorizia,

> *a criação de um complexo hospitalar gerido comunitariamente e estabelecido sobre premissas que tendam à destruição do princípio da autoridade coloca-nos, entretanto, em uma situação que se afasta pouco a pouco do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade atual. É por isso que um tal estado de tensões só pode ser mantido através da tomada de posição que vá além do seu papel e que se concretize em uma ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre a qual se funda a psiquiatria tradicional...*

E ainda:

> *A comunidade terapêutica, assim compreendida, opõe-se à realidade em que vivemos, já que, apoiada como está, sobre pressupostos que tendem a destruir o princípio da autoridade na tentativa de programar uma condição comunitariamente terapêutica, está em nítida contradição com os princípios formadores de uma sociedade que já se identificou às regras que a canalizam para um tipo de vida anônimo, impessoal e conformista, sem qualquer possibilidade de intervenção individual...*

E finalmente:

> *A comunidade terapêutica é um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – mesmo no nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos – que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis.* (Basaglia, 1985:118)

Para Birman (1992:85), com o advento da comunidade terapêutica:

> *a proposta básica de 'humanização' dos asilos para sua transformação em efetivos hospitais psiquiátricos deveria passar agora pela instauração de uma* microssociedade *em que, pela organização coletiva do trabalho e dos grupos de discussão do conjunto das atividades hospitalares, seriam instituídos os internados como os agentes sociais da sua existência asilar.*

E mais adiante: "Dessa maneira a loucura continuava a ser representada como 'ausência de obra', pois apenas na sua conversão ortopédica nas 'práticas do bem dizer e do bem fazer' os loucos poderiam ser reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade."

Para Franco Rotelli, "a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico" (Rotelli, 1994:150). De fato, a reforma proposta pela comunidade terapêutica praticamente reduz-se ao espaço asilar. A intervenção terapêutica na comunidade externa se dá como com-

plemento numa nítida analogia com os primeiros asilos especiais, sem a discussão sobre as causas externas, não necessariamente da enfermidade mental, mas da reclusão no asilo. Mesmo com as fortes demandas sociais pela recuperação do louco em mão-de-obra produtiva, muitos são os mecanismos de segregação e rejeição que são por outras fontes determinados.

A denominação 'psicoterapia institucional' é utilizada por Daumezon e Koechlin, em 1952, para caracterizar o trabalho que, anos antes, havia sido iniciado por François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, na França (Vertzman et al., 1992:18). Embora venha a surpreender Tosquelles, já que no seu entendimento o trabalho que desenvolvia mais se assemelhava a um coletivo terapêutico, a expressão termina sendo a que mais caracteriza a experiência de Saint Alban.

Ao refugiar-se da ditadura do General Franco, Tosquelles passa a trabalhar na França, durante um período extremamente crítico, em decorrência da Segunda Guerra Mundial. Se a sociedade européia passa por muitas dificuldades, o que dizer dos loucos em seus asilos? Ao deparar-se com a degradante situação dos internos, Tosquelles dá início a uma série de transformações. Os primeiros anos de reforma do Saint-Alban são marcados pelo caráter de espaço de resistência ao nazismo, ao mesmo tempo em que se implementam iniciativas para salvar da morte e oferecer condições de curabilidade aos doentes ali internados. De acordo com Fleming, Saint-Alban transforma-se, rapidamente, num local de encontro de ativistas da resistência, marxistas, surrealistas, freudianos que, assim, forjam "aquilo que mais tarde viria a ser um grande movimento de transformação da prática psiquiátrica na França" (1976:45).

Com sólida orientação marxista e os apoios da *intelligenzia* e da Resistência Francesa, Saint-Alban passa a ser o palco privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria. No que diz respeito às referências culturais, Tosquelles preconiza o princípio da "terapêutica ativa" de Herman Simon. Este movimento tem por objetivo primeiro, nas palavras do próprio Tosquelles, o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, tal como pretendiam Pinel e Esquirol, para os quais "uma casa de alienados é um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil; é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais" (*apud* Fleming, 1976:43). Assim, se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra a sua destinação. Entende-se desta forma que, em conseqüência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão.

Tosquelles acredita que com um hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido à sociedade. Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (daí a adequação do termo psicoterapia institucional de Daumezon e Koechlin). A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. Uma das primeiras iniciativas de abertura de espa-

ços de participação e construção coletiva de novas possibilidades está representada pelo 'clube terapêutico Paul Balvet', totalmente autônomo e gerido pelos internos.

A psicoterapia institucional evolui enquanto corrente e multiplica-se para outros hospitais franceses. Com o seu desenvolvimento, vão-se tornando menos importantes as influências de Simon e do movimento cultural francês. Para Fleming (1976:45), a explosão psicanalítica, ocorrida logo após a guerra, leva a psicoterapia institucional a ser uma "tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise", principalmente a da tradição lacaniana, na medida em que passa a existir um forte movimento para a introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. Com a radicalização da influência psicanalítica a terapia volta-se prioritariamente para a instituição, já que, entende-se, é impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia. Para Oury, citado por Vertzman et al. (1992:28),

> *o objetivo da psicoterapia institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.), para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade, participar do 'corpo institucional' pela mediação de 'objetos transacionais', os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de 'técnicas de mediação', que podemos chamar 'objetos institucionais', que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização.*

Ainda para Vertzman et al. (1992:23),

> *a psicoterapia institucional deve trabalhar o meio, o ambiente, a fim de que o mesmo permita revelar, para melhor tratar, o processo psicótico no que este tem de 'patogênico', específico, metabolizando o que existe de 'patoplástico', entendido aqui mais precisamente como as aparências mórbidas resultantes das inter-relações entre a pessoa e o meio, bem como a alienação social, que se adiciona à própria alienação psicótica, tudo isso influindo na apresentação sintomatológica, na duração das fases, na evolução da perturbação.*

O objeto da psicoterapia institucional refere-se ao 'coletivo' dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade, porque, neste último, para Jean Oury, produz-se um campo de alienação social em que é reprimido "todo o desejo atrás de uma couraça de defesa: estatuto, insígnia, uniforme, estereotipia profissional etc." (*apud* Fleming, 1976:46). O conceito de "transversalidade", proposto por Guattari, situa-se enquanto uma "dimensão que pretende ultrapassar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade", o que significa excluir a importância quase que absoluta da psicanálise (promotora da horizontalidade, isto é terapeuta-paciente), e abrir novos espaços e possibilidades terapêuticas, tais como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões etc. (1976:46-47). Mais recentemente, Oury introduz uma noção similar, com o conceito de "relações oblíquas" (*apud* Vertzman et al., 1992:25).

Para Birman, algumas reformas institucionais, dentre as quais a da psicoterapia institucional, retomam uma "outra vertente do discurso originário do alienismo" (Birman, 1992:85). Para o autor,

> *não obstante sua homogeneidade ideológica com a concepção alienista originária, este projeto encontrou o seu limite na impossibilidade de dialetizar a relação entre o dentro e o fora, isto é, encontrar uma forma possível de inserção da loucura no espaço social, que já a tinha excluído há muito do seu território nuclear e a deslocado para a sua periferia simbólica.*

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que pretende-se operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade. Esta tradição considera que "a instituição psiquiátrica pode ser um legítimo lugar de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos" (Vertzman et al., 1992:19). Assim, defendem a permanência do asilo psiquiátrico como lugar de acolhimento do psicótico, na medida em que este "não está em lugar nenhum" (1992:29) e o lugar privilegiado de ligação para o psicótico é o asilo.

Para Birman, na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional, "a pedagogia da sociabilidade realiza-se (agora) num registro discursivo e num contexto grupal em que se pretende a regulação do 'excesso' passional da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos internados – mas estes devem aprender nessa microssociedade as regras das relações interpessoais do espaço social" (Birman, 1992:85).

Psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva: o ideal da saúde mental

A psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior às experiências de psicoterapia institucional. Denominado 'setor', tal movimento inspira-se nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entram em contato com os manicômios franceses e reivindicam sua imediata transformação. Para Fleming (1976:54), o setor é essencialmente

> *um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia* in situ: *o paciente será tratado* dentro *do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento.*

Conseqüentemente, institui-se o princípio de esquadrinhar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada "divisão" hospitalar corresponda uma área geográfica e social. Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital. Para Castel (1980:28), o setor é a "matriz da política psiquiátrica francesa desde os anos 60", e isto "consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos doentes mentais, antigamente exclusividade do hospital psiquiátrico".

Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso prioriza-se, como direção do tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que torna-se um fator terapêutico. Seu surgimento está situado historicamente na França do pós-guerra, originando-se nos setores mais críticos e progressistas e terminando por ser incorporada, a partir dos anos 60, como a política oficial. A captura deste movimento tem algumas possíveis causas, segundo Fleming (1976:55-56), quais sejam: a de que a psiquiatria asilar é onerosa aos cofres públicos; a inadequação da instituição asilar para responder às novas questões 'patológicas' "engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado"; e, finalmente, a crise dos valores burgueses colocando em perigo a ideologia dominante, o que, no campo específico da saúde mental, aponta para a necessidade da mediação das técnicas *psis* nos problemas sociais.

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a 'pós-cura' das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica.

Sendo a manutenção dos hospitais psiquiátricos muito dispendiosa, interessa ao Estado francês assumir tal política, principalmente no período pós-guerra. Tal contexto coloca na ordem do dia diversas prioridades sociais, para as quais as velhas instituições asilares não remetem a soluções. O desencadeamento de várias problemáticas mentais no pós-guerra deflagra um processo de demandas ao saber psiquiátrico, que amplia suas funções de controle social e normalização, apresentando-se como um hábil e eficaz instrumento de controle das grandes populações. No entanto, a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e 'pós-cura'.

Na opinião de Rotelli,

> *a experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos 'normais' e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.* (Rotelli, 1994:150)

A psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa. A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos, propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de ter 'descoberto' a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas (antigo sonho dos alienistas, que recebia o nome de profilaxia), mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.

Em 1955, nos Estados Unidos, é realizado um censo que denuncia as péssimas condições da assistência psiquiátrica, apontando para a necessidade de medidas saneadoras urgentes. No Congresso, o discurso do presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, e o livro de Gerald Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980) são os indicadores desta mudança de objeto na prática psiquiátrica. O decreto assinado por Kennedy redireciona os objetivos da psiquiatria, que, de agora em diante, incluirá como objetivo a redução da doença mental nas comunidades (Veras et al., 1976; 1977). É um período em que os EUA estão às voltas com problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangues de jovens 'desviantes', o movimento *beatnik*, enfim, de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia.

> *As taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções.* (Birman & Costa, 1994:53)

A apresentação do projeto de psiquiatria preventiva por Kennedy marca a adoção do preventivismo não apenas pelo Estado americano, mas também pelas organizações sanitárias internacionais (OPAS/OMS) e, conseqüentemente, por inúmeros países do assim denominado Terceiro Mundo. Nas palavras do presidente Kennedy:

> 'Propongo un programa nacional de Salud Mental para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se le encare desde un nuevo enfoque. Los gobiernos de todos los niveles – federal, estatal y local – las fondaciones privadas y los ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo.'

O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma, urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal. De acordo com os pressupostos constituídos, considerando que os doentes somente procuravam o serviço de saúde ou o médico quando estavam doentes, é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, venham a ser "suspeitos", conforme expressão utilizada pelo próprio Caplan. Nas palavras do autor,

> *Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma a iniciativa do encaminhamento deve estar cônscia de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimentos ou conduta do indivíduo encaminhado e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental.* (Caplan, 1980:109)

A 'busca de suspeitos' de doença mental ou distúrbios emocionais é feita prioritariamente através de questionários distribuídos à população (*screening*), e seu resultado indica possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico.

> *Desta maneira, é instituída a primeira política nacional americana de cuidados comunitários para a saúde mental e também, ambicionava uma reforma na assistência hospitalar, buscando uma humanização e desenvolvimento de programas de reabilitação, visando inserir o paciente na comunidade.* (Pitta, 1984:121)

Para Jurandir Freire Costa (1989:25), uma séria questão teórica emerge nas bases dessa psiquiatria:

> *Em primeiro lugar, a Psiquiatria viu-se constrangida a aceitar que a doença mental era uma doença do psiquismo e não do soma. Em segundo lugar, não mais podendo recorrer, de modo exclusivo, ao método das Ciências Naturais para explicar seu novo objeto, a Psiquiatria foi obrigada a buscar em teorias e disciplinas não médicas as bases de sua nova prática.*

Nesse território, a absorção pela psiquiatria, de conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista vem redefinir o indivíduo enquanto unidade bio-psico-social, um todo indivisível. Esta captura de conceitos desencadeia uma contradição teórica:

Para a sociologia, a prevenção é possível, pois ela opera uma distinção, teórica pelo menos, entre sintomas e etiologia. *Entre o conflito social como causa antecedente e o comportamento desadaptado como efeito sucessivo à esta causa, a ação* preventiva *pode se instalar de modo teoricamente legítimo. (...) Todavia, os fatos olhados pelo behaviorismo não apresentam a mesma coerência. Para o behaviorismo, a distinção entre etiologia e sintoma não é pertinente. A doença mental existe, e só existe quando o comportamento desadaptado surge... Ora, se não há relação de sucessividade temporal entre etiologia e sintoma, como podemos conceber uma atuação preventiva? Agir terapeuticamente sobre o comportamento desadaptado não significa prevenir e, sim, curar. Como, então, conciliar a proposição sociológica de prevenção com as explicações teóricas do behaviorismo, se todas duas estão contidas na mesma noção de unidade bio-psico-social? A resposta é simples: a psiquiatria preventiva não se preocupa em resolver a contradição, faz como se ela não existisse.* (1989:31)

Para Antonio Lancetti (1989:77), as três ordens prioritárias da psiquiatria preventiva são:

1. aquelas destinadas a reduzir (e não curar) numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a 'sanidade mental' dos grupos sociais (prevenção primária);
2. aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente (prevenção secundária); e
3. aquelas cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária).

No entendimento de Birman & Costa (1994:54), estes três níveis de prevenção são assim definidos:

1. prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
2. prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
3. prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

O projeto da psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces, primária e secundária, evitem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, decretando, dessa forma, a obsolescência do hospício psiquiátrico. Conseqüentemente, alarga-se o campo para a intervenção preventiva que deve ter inicio no meio social, evitando que se produzam condutas patológicas. O conceito-chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir dos conceitos de 'adaptação' e 'desadaptação' social, provenientes da sociologia. Em outras palavras, saindo do terreno específico da psiquiatria, para pensar e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre os sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou, ainda, segmentos, mais ou menos adaptados, mais ou menos desadaptados às regras sociais, à convivência social. Aqui é utilizado o conceito de 'desvio', transportado da sociologia e da antropologia, entendi-

do como um comportamento que foge, proposital ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida.

Quanto ao marco teórico, é nítida a influência do modelo da *História Natural das Doenças*, de Leavell & Clark (1976), que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade e uma evolução 'a-histórica' de as doenças apresentarem-se no tempo e no espaço. Em Costa (1989:24), temos a hipótese de que o modelo sociológico da 'adaptação-desadaptação' – como critério de distinção do normal e do patológico, onde o comportamento socialmente inadaptado seria igual ao comportamento eventualmente inadequado – venha a possibilitar o surgimento do modelo preventivista, que assim procura instituir-se como 'alternativa' ao modelo psiquiátrico clássico, contrapondo:

- *um novo objeto – a saúde mental;*
- *um novo objetivo – a prevenção da doença mental;*
- *um novo sujeito de tratamento – a coletividade;*
- *um novo agente profissional – as equipes comunitárias;*
- *um novo espaço de tratamento – a comunidade;*
- *uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicossocial.*

Vejamos, agora, como Birman & Costa (1994:57-58) definem e discutem o conceito de crise em Caplan:

> *1. Crises Evolutivas geradas pelos processos 'normais' de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo, onde a conduta não está caracterizada por um padrão estabelecido, período transitório que perde sua caracterização anterior sem adquirir ainda a sua nova, conflitos podem ser gerados que levam à desadaptação, que não sendo elaborados pela pessoa podem conduzir à doença mental;*
> *2. Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que, por sua capacidade de perturbação emocional, teria a capacidade de poder levar futuramente à doença. A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise:*
> 'El interés en este tema surgio con el hallazgo de que, en muchas personas que sufren transtornos mentales, los cambios significativos en el desarollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante períodos de crisis bastante cortos'. *(Caplan, 1963:52)*
>
> *A crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de idéias que privilegia a questão do Normal e do Anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade. Com efeito, caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo:*
> 'En tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante períodos sucesivos de crisis'. *(Caplan, 1963:52)*

Entretanto, nesta abordagem de produzir a Saúde, a Crise torna-se um objeto privilegiado, já que se ela é um caminho seguro que pode conduzir à doença, ela pode ser também encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo. Defrontar-se com uma situação nova, ter de elaborar os instrumentos para lidar com ela, é um teste que pode tornar enriquecedor o desenvolvimento da pessoa. Se colocado sozinho nesta eventualidade, o indivíduo nem sempre consegue torná-la proveitosa para si, retirando benefícios para seu enriquecimento pessoal. Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento. Ora, num sistema que se propõe a produzir a saúde mental, agir sobre as Crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas. Objeto ambíguo, a Crise é encarada como uma oportunidade de promover a Saúde:

'Los cambios puedem llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis ha sido un episodio prejudicial'. *(Caplan, 1963:53)*

Mas quando se coloca a possibilidade de realizar uma prevenção primária de enfermidades mentais, torna-se necessário dispor de um balizamento etiológico fundado, de tal forma que possamos dizer que controlando determinado fator, desta ou daquela maneira, poderemos evitar a eclosão das enfermidades mentais em qualquer dos seus tipos. Um sistema assistencial que se pretende agente de uma ação sobre as condições capazes de conduzir à enfermidade deve se sustentar num sistema causal consistente, para que uma ação preventiva possa servir de obstáculo à fatores patógenos e poder, simultaneamente, ser um produtor de saúde mental. Sem uma coerência desta ordem, o sistema não tem uma racionalidade teórica.

Ao considerar o conceito de crise, os instrumentos fundamentais da intervenção caplaniana baseiam-se em: um trabalho comunitário no qual as equipes de saúde exercem um papel de consultores/assessores/peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral sob os auspícios de um determinado conhecimento 'científico'; uma utilização da técnica do *screening*, traduzida na identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade no meio de um grupo social qualquer. Lancetti (1989) chama a atenção para o fato de que *screening* tem dois significados: um é o de 'seleção'; outro é o de 'proteção contra', e que a tradução brasileira de Caplan optou pela expressão 'programa de triagem', enquanto que a espanhola preferiu 'programa de procura de suspeitos'.

Guardando as singularidades conceituais e práticas inerentes aos processos de construção dos vários modelos assistenciais, as propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de 'desinstitucionalização', que se tornam-se diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, ou mesmo 'alternativas'. É importante atentar para o fato de que esta expressão, desinstitucionalização, surge nos EUA, no contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de 'desospitalização'. Desde então, um conjunto de formas de organização de serviços psiquiátricos é apresentado com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. A institucionalização/hospitalização ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de 'dependência' do paciente à instituição, acelerando a perda

dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao 'hospitalismo'. Com isso, passa a haver uma correspondência direta entre desinstitucionalizar e desospitalizar, tornando-se mister operar mecanismos que visem a reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos (diminuir o tempo médio de permanência hospitalar, as taxas de internações e reinternações, aumentar o número de altas hospitalares) e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares (centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais etc.).

O arsenal de serviços alternativos – oferecidos pela reforma preventivista – situa-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. E, portanto, propicia a instauração de serviços alternativos à hospitalização e de medidas que reduzam a internação. Ao mesmo tempo, propostas de 'despsiquiatrização' – entendida aqui como sinônimo de delimitação do espectro psiquiátrico –, procuram retirar do trabalho médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, remetendo-as a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não-psiquiátricas, a exemplo do que ocorre com os atendimentos de grupos 'reflexivos', 'operativos', 'de escuta', dentre outros. Também com o atendimento por equipes multidisciplinares ou, ainda, com a redefinição dos papéis profissionais do Serviço Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, do apoio administrativo e assim por diante.

Como resultado, temos que, nos EUA (Costa, 1980), os programas de prevenção acarretaram um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, aumento esse que não significa exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. Ocorre que, conforme os serviços preventivos e a aplicação do *screening* e de outros mecanismos de captação fazem ingressar novos contingentes de clientes para os tratamentos mentais, os clientes naturais do hospital psiquiátrico permanecem ali internados, quando não aumentam em número, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista. Enfim, os programas de massificação das medidas preventivas, comunitárias e pedagógicas em saúde mental produzem um mecanismo de 'competência psicológica', em analogia a Luc Boltanski (1979), sem produzir resposta terapêutica adequada.

O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Esta inflexão – que faz a passagem da arcaica profilaxia, atada ao modelo asilar, até o preventivismo contemporâneo – constitui parte do processo ao qual Castel denomina de *aggiornamento* (Castel, 1978). Tal processo representa a existência de uma 'atualização' e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna 'promoção da sanidade mental', como a conhecemos agora. Nesse território de competências instituídas, cabe aos saberes psiquiátrico-psicológicos a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal, traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas.

A antipsiquiatria e a desinstitucionalização na tradição basagliana: desconstrução e invenção

A antipsiquiatria: desconstruindo o saber médico sobre a loucura

A antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*), com um grupo de psiquiatras – dentre os quais destacam-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson –, muitos com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. O consenso entre eles diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia. Aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.

Para Birman (1982:239),

> *a naturalização do binômio loucura/doença mental passou a ser questionada, o que não acontecia no quadro da racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior. Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões que passaram a se colocar como centrais. O que era até então considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações, deslocando-se a interpretação desses fenômenos para o pólo de uma* produção social e institucional *da loucura como enfermidade mental.*

Para Meyer, a antipsiquiatria é um

> *movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, (...) veiculando um ideário ricamente polêmico. (...) A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula.* (Meyer, 1975:115)

As referências culturais da antipsiquiatria são ricas e diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo.

Para Cooper (1973:18),

> *existem certos princípios das Ciências Naturais que foram importados sem qualificação, por alguns pesquisadores, para o campo das ciências do homem (ou Ciências Antropológicas) e foram, então, proclamados como desideratos, se não essenciais ou pré-condições de qualquer estudo que se pretendesse científico. Esta tendência conduziu à infinita confusão metodológica e a repetidas tentativas de provar os termos nos quais 'a prova' constitui uma impossibilidade* a priori *neste campo.*

A aplicação destes princípios pela psiquiatria faz presumir que,

> *uma vez que esteja lidando com uma doença, existem sintomas e sinais passíveis de observação numa pessoa-objeto, que podem ser (implícita ou explicitamente) abstraídos do seu meio humano com o fim de fazer tais observações e, ademais, que os sintomas e sinais indicam um diagnóstico, que, por sua vez, indica prognóstico e tratamento. Esta suposta entidade diagnóstica, por definição, precisa ter uma causa e, aqui, as opiniões divergem, embora com base de evidência sensivelmente escassa, entre anormalidade bioquímica, infecção por vírus, defeito estrutural do cérebro, origem constitucional-genética (que pode ser relacionada com outras causas) e causação psicológica.* (1973:16)

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um 'lugar', no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica.

No Hospital Psiquiátrico Público de Shenley, no período que vai de 1962 a 1966, em Londres, põe-se em prática uma unidade psiquiátrica independente, o pavilhão 'Vila 21', um novo tipo de comunidade terapêutica, em que uma clientela não cronificada (jovens considerados esquizofrênicos, entre 15 e 30 anos, que ainda não haviam sofrido nenhum tipo de tratamento) formam um 'lugar de vida'. Promovem-se reuniões que buscam subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar, detectando os preconceitos dos médicos e enfermeiros em relação aos pacientes e procurando quebrar suas resistências à mudança. Esta proposta de combate às estruturas hospitalares – que cristalizam o paciente no papel de doente mental, dependente e inválido – é uma experiência que permite a Cooper verificar que a percentagem de recaídas diminui de forma bastante expressiva em comparação aos métodos tradicionais.

Nos Estados Unidos, cria-se, em 1965, a Associação Philadelphia, filantrópica e de investigação científica com os objetivos de:

- libertar a doença mental de todas as descrições;
- pesquisar causas, detecção, prevenção e tratamento das doenças mentais;
- criar locais de acolhimento;
- formar pessoal;
- promover debates;
- divulgar tais idéias.

No mesmo ano, um Centro Comunitário é aberto em Londres, o Kingsley Hall, no qual são analisados os comportamentos do normal, do anormal, do conformista, do desviado, do 'são de espírito', do louco.

Em 1967, Cooper, Laing, Berke e Redler organizam o Congresso Internacional de Dialética da Libertação, procurando denunciar a violência humana sob todas as formas, os sistemas sociais dos quais ela provém e explorar novas formas de ação. Deste congresso sai o livro *Counter Culture*, que exprime a ideologia do *underground* anglo-americana, que priorizava a criação de novas estruturas à margem do sistema social, 'zonas

livres' (comunidades, antiuniversidades, imprensa paralela, teatro livre, rádios piratas), tentando desintegrar-se dos valores da cultura burguesa.

Laing (1982) critica a psiquiatria, a ordem social e familiar (sendo que o núcleo 'familial' é considerado o principal gerador da loucura), promove uma política de subversão ideológica e busca estruturas marginais, paralelas, livres ou 'anti'. A crise é antes referida como crise da humanidade do que como crise capitalista, que leva a uma exploração das classes dominadas, fruto de causalidades históricas mais precisas. A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz.

Para Laing, a salvação da humanidade reside num empreendimento de desalienação universal – uma revolução interior, uma transformação do homem isoladamente. Temos, portanto, mudanças significativas quanto ao conceito de loucura – vista não como doença mental –, bem como uma incorporação das críticas oriundas das ciências sociais a respeito das normas sociais.

Cooper sofre a influência do pensamento de Alan Watts – filósofo americano especialista nas religiões orientais e para quem a ciência é uma explicação ideológica da verdade – e rompe com o cientificismo e o seu modelo, o racionalismo analítico. Assim, busca investigar a realidade humana pela técnica de interação-afetiva entre observador e observado, uma racionalização dialética – racionalidade não exterior à realidade humana... movimento de autodefinição sintético progressivo. Sua atuação recai sobre a micropolítica (relações pessoais, do corpo, da psique, relações familiares), pois a instituição acadêmica e a educação burguesa tornam difícil a síntese dos níveis micro e macropolíticos. Seu projeto tem como estratégia de transformação da realidade social a eliminação da estrutura 'familial', até mesmo dos grupos comunitários, locais de acolhimento dos pacientes, "centros" difundidos por todo aquele país.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da 'metanóia', da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão.

A antipsiquiatria, finalmente, embora inicie um processo de ruptura radical com o saber psiquiátrico moderno, termina por elaborar outra referência teórica para a esquizofrenia, inspirada na escola de Palo Alto, conhecida como a teoria da lógica das comunicações que, em última instância, desliza para uma "gênese comunicativa" (Fleming, 1976:89):

uma explicação causal da esquizofrenia calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas.

De qualquer forma, tal tradição traz importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução; no mesmo sentido em que está sendo desenvolvido, ao mesmo tempo, por Franco Basaglia, a partir da experiência de Gorizia.

A tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana (ou uma cartografia da desconstrução manicomial, do dispositivo e dos paradigmas psiquiátricos)

As propostas de transformação da assistência psiquiátrica encontram-se imersas em contextos sócio-históricos precisos e, portanto, datadas e matizadas por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades.

Neste momento, encontramo-nos frente ao desafio de cartografar a experiência da tradição basagliana e da psiquiatria democrática italiana. Referimo-nos à cartografia no sentido preciso de produção de um olhar sobre os fatos, cenários e atores no contexto de suas práticas, delimitando os processos de constituição de suas críticas ao dispositivo psiquiátrico tradicional. De acordo com Denise Dias Barros, podemos situar a experiência italiana enquanto "um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade" (Barros, 1994:53).

Seguindo a inspiração desta autora, realizamos uma leitura transversal do contexto sócio-histórico em que se dá a experiência da psiquiatria democrática italiana. Não damos ao olhar histórico uma leitura determinista e fatalista, que busca no passado condições de determinação para o presente, de uma forma vertical, e nem restringimos a história a uma relação horizontal de dominação entre pares em um *locus* institucional, separado do contexto sociopolítico-econômico. Buscamos produzir um corte que atravesse este contexto, no qual se dão as relações entre os atores institucionais – imersos na rede de saberes/poderes/subjetividades – e, assim, permitir superar um olhar que se lança sobre a realidade para buscar definir causas/causadores, vítimas/algozes.

Ao leitor desejamos demonstrar que as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil encontram-se relacionadas – e ao mesmo tempo marcadas – por singularidades e, portanto, merecendo leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de que tenhamos marcos históricos comuns – por exemplo, as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da Segunda Guerra Mundial. Contudo, o importante é não perdermos de vista a forma como, em um determinado contexto sócio-histórico preciso, se dão as apropriações particulares das demandas sociais e, portanto, como se conformam determinados cenários sociais nas relações com o trabalho, a doença, o desvio e a diferença de uma forma geral.

Assim, podemos atribuir à história uma potência demarcadora de diferença e, com isso, tê-la como instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais percebidos como a-históricos e, assim, eternos, espontaneamente produzidos e imutáveis.

Pudemos, no decorrer das passagens anteriores, demonstrar que a lógica terapêutica no trato com a loucura possibilita a aproximação para com esta, por intermédio da justiça e da medicina. Ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapeutização e reabilitação – ao mesmo tempo, é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social.

Nesse processo, é operada a produção da doença mental enquanto objeto médico e, com ela, toda uma prática de diagnóstico, medicalização e estruturação de paradigmas que justifiquem intervenção. A expressão de Basaglia em *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* – acerca das conferências que proferiu no Brasil – resume esta passagem, quando afirma que a "psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença" (Basaglia, 1979:57). Neste sentido, as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava. Como nos relata Denise Dias Barros, na experiência desenvolvida em Trieste,

> *num movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse.* (Barros, 1994:53)

Em *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, Robert Castel nos explicita o que seriam as dimensões heterogêneas, a partir das quais reorganizou-se o espaço hospitalar, possibilitando a constituição do saber psiquiátrico, representado pela psiquiatria alienista francesa. A síntese desta psiquiatria opera-se a partir da estruturação de uma tríade, aparentemente heterogênea: a classificação do espaço institucional; o arranjo nosográfico das doenças mentais; e a imposição de uma relação específica entre médico e doente na forma do tratamento moral (Castel, 1978:81).

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutiza-

ção, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico. Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social.

É justamente neste conjunto simbólico que a prática e saber psiquiátricos tornam-se visíveis no *locus* manicomial. O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. Com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, que acima dissertamos, a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.

Esta prática crítica à psiquiatria tradicional tem início na década de 60, no manicômio de Gorizia, com um trabalho de humanização do hospital desencadeado por Franco Basaglia.[3] O modelo de comunidade terapêutica – idealizado por Maxwell Jones, na Inglaterra – é utilizado como estratégia inicial para instauração de uma crise interior ao dispositivo institucional para, daí, possibilitar a "projeção da gestão psiquiátrica e das contradições sociais e políticas que lhe são conexas, para fora dos muros da instituição" (Barros, 1994:59-60). A partir desta experiência, torna-se possível refletir sobre os riscos inerentes ao modelo de comunidade terapêutica. Justamente este caráter ainda terapêutico matizava e deixava intacto um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, lugar instituinte das relações de objeto e saber/prática. Este espaço produzia um mundo ainda à parte das relações sociais complexas, ainda promovia uma redução da loucura à objeto de intervenção e visibilidade exclusiva. Assim, "a gestão comunitária que procurava apenas humanizar o manicômio não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e nem questionava o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico" (Barros, 1994:59). Tornava-se urgente, então, operar um deslocamento a partir da crítica e superar a simples humanização do locus manicomial. A experiência de Gorizia revela o nexo psiquiatria/controle social/exclusão e, portanto, a conexão intrínseca entre os interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica.

---

3 A experiência de Gorizia está relatada em *A Instituição Negada*, livro mais conhecido de Basaglia (1985).

Este momento revela a estrutura social excludente e fundamenta três pilares de crítica da tradição basagliana: "a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência" (Barros, 1994:60). Na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social.

O grande mérito do movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em Bolonha, em 1973 (Psichiatria Democratica, 1974), pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos 'técnicos de saúde mental'. A possibilidade da ampliação do movimento da PDI e seu alcance permitem, além da propriedade ou competência médico-psiquiátrica-psicológica, alianças com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça.

Após um período de ausência do país, Basaglia retorna à Itália, indo para Trieste, onde dá início a uma operação de deslocamento fundamental na estratégia de reinvenção da assistência: supera-se o modelo de comunidade terapêutica, instituinte de uma relação artificial dentro/fora.[4] Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança –, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Neste momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural.

A saúde e a doença ganham concretude histórico-social, tornam-se fenômenos datados na realidade política dos sujeitos sociais. A abstração operada pelo olhar positivista pode ser recolocada e situada na existência de toda uma relação entre saberes/poderes/subjetividades, feitas práticas sociais.

Franco Rotelli, citado por Barros, situa quatro eixos fundamentais para a transformação das instituições psiquiátricas:

---

4 Para melhor detalhamento desse processo, vide Barros (1994) e Amarante (1994).

a luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável. (Barros, 1994:66)

Para Amarante, "o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais" (Amarante, 1994a:61). A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas. Ainda segundo Amarante, tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo de saúde mental).[5]

O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença.

Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.[6]

Basaglia chega à Trieste em outubro de 1971, onde á início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes.

As cooperativas de trabalho constituem uma outra modalidade de cuidado/criação de possibilidades que, inicialmente organizadas para atender à necessidade de encontrar posto de trabalho para os ex-internos do hospital, ou para novas demandas que surgiam, hoje representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um importante papel na dinâmica e na economia não apenas dos Serviços de Saúde Mental, mas também de toda a cidade. Estas cooperativas, muito recentemente, receberam um novo estatuto legal na Região Friuli Venezia-Giulia, sendo redefinidas como empresas sociais.

---

5 Ambas as denominações, "dispositivo de alienação" e "dispositivo de saúde mental", foram utilizadas por Portocarrero (1990), em sua tese de doutorado.

6 Vide Nicácio (1990).

O Serviço de Diagnose e Cura (ou Serviço de Emergência Psiquiátrica) tem um número de leitos muito menor do que os 15 previstos pela Lei 180 – um total de oito, sendo quatro masculinos e quatro femininos. Este serviço funciona em regime diuturno e atua coordenadamente com os centros de saúde mental, grupos-apartamento e cooperativas, para os quais funciona como apoio.

A experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um 'circuito' de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica.[7]

O movimento Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano. Ocorre que, conforme as experiências de Gorizia e de Trieste (esta em curso), assumem grande repercussão no cenário político, o Partido Radical propõe um *referendum* para a revogação da legislação psiquiátrica em vigor (datada de 1904), almejando, com esta medida, a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura. Tal *referendum* do Partido Radical reflete, talvez, uma leitura de teor predominantemente antiinstitucional do trabalho que vem sendo desenvolvido por Basaglia. Desta forma, o Estado constitui uma comissão de alto nível para estudar e propor a revisão da legislação italiana antes da realização do *referendum*, o que vem a ocorrer. Na medida em que o trabalho e o pensamento de Franco Basaglia é o que possibilita todo este debate, embora ele mesmo não participe desta comissão, o projeto de lei apresentado inspira-se fundamentalmente em suas idéias e termina por ser identificado publicamente ao seu nome, passando a ser conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978.

Criado o fato político, Basaglia empenha-se na aprovação da Lei e, mais que isso, na sua efetiva implantação, uma vez que, se comparada com a legislação de 1904, introduz importantes avanços na assistência psiquiátrica, mesmo levando em conta que

> *a velha fórmula que justifica o internamento compulsório (perigoso para si ou para os outros ou de escândalo público) é substituída por um artigo de lei que, por conservar ao médico a inteira responsabilidade do julgamento de periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso, permanecendo, enfim, o julgamento de gravidade, avaliado pela rejeição do paciente à internação voluntária. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação: apenas quando se está de acordo de que estas não existem é, então, obrigado o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possam tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível uma genérica reconversão da assistência psiquiátrica na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de* outras soluções, *abre no corpo social um novo espaço de contradições.* (Basaglia et al., 1980:17-23)

---

7 Mais detalhes sobre a experiência desenvolvida em Trieste, assim como sobre os substratos teóricos que a orientam, ver Rotelli & Amarante (1992) e Rotelli (1994).

2

A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Início do movimento da reforma psiquiátrica: a trajetória alternativa

Neste capítulo, ao nos debruçarmos sobre o que denominamos 'Início do movimento da reforma psiquiátrica', compreendido entre os anos 1978 e 1980, buscamos identificar as principais instituições, entidades, movimentos e militâncias envolvidas com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil. Dentre os diversos atores, merece destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em suas variadas formas de expressão – Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – (Cebes), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica – (Reme), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese). Outros atores de relevância nesta história são a Associação Brasileira de Psiquiatria – (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais – (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades, que têm uma atuação extremamente importante, ora legitimando, ora instigando a formulação das políticas de saúde mental. O Estado, por meio de seus órgãos do setor saúde – Ministério da Saúde – (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social – (MPAS) –, será também objeto de nossas análises.

Este tópico inicia-se abordando a trajetória do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, por nós considerado o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É 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.

A crise da Dinsam

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'Crise da Dinsam' (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da Dinsam, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais.[1]

1 Pouco depois, o Manicômio Judiciário é entregue à administração do estado do Rio de Janeiro. Em 1988, o Hospital Pinel passa a ser denominado Hospital Phillippe Pinel (HPP).

A DINSAM, que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar 'bolsistas' com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os 'bolsistas' são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São freqüentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.

A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato, que poderia limitar-se apenas a repercussões locais e esvaziar-se, acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES. Sucedem-se reuniões periódicas em grupos, comissões, assembléias, ocupando espaços de sindicatos e demais entidades da sociedade civil. Neste movimento, são organizados o Núcleo de Saúde Mental, do Sindicato dos Médicos, já sob a primeira gestão do REME, e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacionais. As amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa.

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.

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

Dos diversos documentos produzidos durante o ano de 1978 (abaixo-assinados, cartas abertas, cartas à autoridades de saúde, notas públicas etc.), alguns pontos-chave dão a dimensão das reivindicações e denúncias realizadas pelo movimento nos seguintes aspectos:

• Salariais – reivindicações de férias, 13º salário, adicional de insalubridade, reajuste salarial, adicional noturno, estabelecimento de normas para formação de residência na área de saúde mental, regulamentação das bolsas de saúde mental de acordo com o Decreto 60.252, de 21.02.1967, Capítulo V, que prevê para os técnicos da Campanha Nacional de Saúde Mental vínculo trabalhista regido pela CLT – as bolsas são utilizadas por até 22 meses, quando o prazo máximo é de seis, sem qualquer programa de formação

profissional, regularização dos técnicos em saúde mental (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) também de acordo com a CLT.

• Formação de recursos humanos – reivindicações de criação de centros de estudos e supervisão profissional para os bolsistas, supervisão diária nos setores, reuniões de serviço semanais para integração dos diversos setores, atividades didático-culturais regulares, cursos de aperfeiçoamento na área de saúde mental com programas científicos precisos, oficializados junto ao MEC, com carga horária definida e remuneração compatível, oficialização de um internato em psiquiatria, com programa de ensino sistematizado, cursos técnicos, implementação de planos de pesquisa.

• Relações entre instituição, clientela e profissionais – crítica ao autoritarismo das instituições, com suas estruturas administrativas hierarquizadas e verticalizadas, seguidas de ameaças de punições e demissões; críticas à política de saúde imposta; questionamento da responsabilização indiscriminada atribuída ao médico e demais técnicos pelo mau atendimento dispensado à população.

• Modelo médico-assistencial – apontamentos críticos sobre os limites da atividade terapêutica biológica, considerada prioritária pela própria DINSAM, e quanto à impossibilidade de utilizar todos os recursos de que dispõe a medicina moderna para o tratamento das doenças mentais.

• Condições de atendimento – críticas ao número insuficiente de profissionais, tornando as consultas passíveis de um padrão não condizente com as normas previstas pela OMS; à falta de medicação, ao reduzido número de leitos existentes ou em funcionamento, à existência de filas nos ambulatórios e pronto-socorros, à falta de conforto mínimo para os pacientes internados; tudo isso aliado às precárias condições de higiene.

A deflagração, logo em seguida, da greve dos médicos residentes fortalece o MTSM durante os seus primeiros meses. Mas, com o tempo, o movimento dos residentes se torna mais importante, tanto pelo fato de reunir um número muito maior de profissionais, quanto por paralisar serviços e atividades muito mais essenciais do que os psiquiátricos – cujo impacto, no que diz respeito à assistência médica, é praticamente insignificante. O impacto era devido ao conteúdo político inerente às características da assistência prestada nas instituições psiquiátricas. Assim, dia-a-dia, o movimento no Rio de Janeiro vai perdendo o espaço na imprensa e nas pautas de prioridades de luta das entidades civis.

Apesar do período de menor publicidade e pouca mobilização, as principais lideranças do MTSM continuam atuando para evitar que o movimento desapareça definitivamente da pauta da imprensa ou das entidades. Desta forma, organizam vários eventos com a co-participação do CEBES, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), do Sindicato dos Médicos, da OAB, da ABI, da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro, dentre outras.

Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, surge a oportunidade para organizar nacionalmente estes movimentos, que já estavam se desenvolvendo em alguns estados. Realizado em Camboriú, de 27 de outubro a 1º de novembro, este evento fica conhecido como o 'Congresso da Abertura', pois, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considera-

dos conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma 'frente ampla' a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional.

O Congresso é percebido como uma oportunidade para aglutinar, em reuniões 'paralelas' às oficiais programadas pela comissão organizadora, os movimentos em saúde mental progressistas de todo o País, pois a crise do setor era vista como reflexo da situação política geral do Brasil. Previsto para ser um encontro científico de psiquiatras ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, e uns poucos identificados com a linha entendida como progressista, termina por ser 'tomado de assalto' pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha de servir de avalista para o projeto político do MTSM.

As moções aprovadas ilustram bem a linha de atuação do movimento. No que se refere ao sistema de saúde, repudia-se a privatização do setor – que estaria relacionado à falta de participação democrática na elaboração dos planos de saúde. No aspecto mais corporativo, também são levantados argumentos a favor das organizações representativas livres, bem como da Anistia Ampla, Geral e Irrestrita (MTSM, 1978). Este caráter democratizante impregna, de fato, desde as questões relativas as mudanças hospitalares até as ligadas a atos arbitrários que envolvem algumas categorias profissionais.

Na plenária de encerramento, é lido um memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia (APB, 1978), primeira federada da Associação Brasileira de Psiquiatria a assumir nitidamente uma política de oposição política geral e setorial, e que se pode definir como pertencente, neste momento, ao MTSM. Este documento inclui o resultado dos trabalhos promovidos pela APB e realizados em 1977 por comissões formadas por representantes eleitos pelas equipes de cada um dos serviços de assistência psiquiátrica de Salvador. Nele estão condensadas posições do MTSM ao relatar, entre outros pontos, a situação crítica da saúde no Brasil – onde tanto profissionais quanto clientela estão submetidos a processos de exploração, com a proletarização de setores médicos e a agudização do mau atendimento dispensado à população.

A universidade é denunciada pela perda de seu caráter crítico para o utilitarismo, advindo das pressões do mercado da saúde. Toda uma série de tensões e conflitos que envolvem agências, agentes e formas de legitimação diversas são construídos junto com interesses de ordem ideológica que criam a imagem de que todos teriam direito a saúde, o que representa verdadeiramente um simulacro.

Nota-se, nestes primeiros documentos, o tom crítico, que vai da denúncia da psiquiatrização às reivindicações por melhorias técnicas. Enfim, os principais aspectos dizem respeito à política privatizante da saúde e às distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico *versus* uma psiquiatria para o pobre. Neste movimento dual, o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais.

Outro importante evento acontece ainda em 1978: o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, de 19 a 22 de outubro, no Rio de Janeiro, inserido na estratégia para o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analí-

tico-institucional, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). A realização deste Congresso possibilita a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, dentre outros. Passando a ser conhecido posteriormente como a 'Feira da Psicanálise', no congresso do Copacabana Palace acontecem grandes debates e polêmicas, a maior delas certamente iniciada por Basaglia ao denunciar o caráter elitista do evento e da psicanálise. Muitos outros debates sucedem-se após este congresso, aproveitando a vinda dos conferencistas internacionais ao Brasil. Com o apoio do CEBES, Basaglia profere outras conferências em universidades, sindicatos e associações, e sua influência na conformação do pensamento crítico do MTSM passa a ser fundamental.

Em janeiro de 1979, nos dias 20 e 21, realiza-se no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que, para Venancio (1990), coloca em pauta "uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo que preservar seus direitos no interior do mesmo''. Neste, depreende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais. No relatório final, aponta-se para a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. De acordo com tal espírito, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (MTSM, 1979).

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária. Tais questões apontam para um direcionamento do MTSM, em que passam a merecer maior destaque os aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica e perdem importância os aspectos mais especificamente corporativos.

Em novembro de 1979, ocorre, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria – patrocinado pela Associação Mineira de Psiquiatria, outra federada que passa a contar com diretoria afinada ao MTSM – que conta com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel. Os primeiros debates giram em torno do levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS. Grupos de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia propõem a realização de trabalhos 'alternativos' na assistência psiquiátrica. Permanecem, contudo, os temas clássicos dos encontros psiquiátricos, como a psicofarmacologia, terapia da crise, esquizofrenia e identidade profissional debatidos lado a lado com os temas, por assim

dizer, de 'enfoque social', quais sejam "assistência psiquiátrica e participação popular" e "a ordem psiquiátrica".

Em 1980, é a vez do I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, de 23 a 25 de maio, onde se discutem problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas 'barbaridades' ocorridas nas instituições psiquiátricas.

Em Salvador, no mesmo ano, realiza-se II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, de 22 a 27 de agosto. O MTSM e a ABP, que haviam se aproximado por ocasião do 'Congresso da Abertura', experimentam um distanciamento, a partir deste momento, decorrente da postura considerada politizada, radical e crítica que o MTSM vem assumindo em sua trajetória. Um ponto de especial atrito entre as lideranças das duas entidades diz respeito ao caráter considerado não-democrático para a eleição da diretoria da ABP que, apesar de ser signatária do Movimento pela Anistia, pelas liberdades democráticas ou pelas eleições diretas em todos os níveis, não adota o regime de voto direto em suas eleições (MTSM, 1980). As moções aprovadas em assembléia passam pelo apoio à luta pela democratização da ABP e de suas federadas, pela crítica à privatização da saúde por meio de denúncias envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e outras multinacionais do setor empresarial da saúde com ingerência direta nas instâncias decisórias do poder público.

Dentre outras preocupações, aparece a questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, através de porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja atuação, toma-se como princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas. É constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental. Tinha, ainda, o objetivo de vincular, organicamente, a luta da saúde aos movimentos populares, que lutam não só pela liberdade de organização e participação políticas, como também pela democratização da ordem econômico-social. Apesar de se retomarem questões trabalhistas, em conseqüência do caráter ampliado do evento, assim como do fato de ser paralelo a um congresso majoritariamente médico, o tom das discussões marca o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM. São abordadas, ainda, as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Critica-se o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Os determinantes das políticas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade são também temas de muita preocupação neste congresso.

Algumas considerações sobre a caracterização do MTSM

O MTSM caracteriza-se por seu perfil não-cristalizado institucionalmente – sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. A não-institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é uma resistência à institucionalização. Costuma ocorrer também nos movimentos populares em saúde, na medida em que a institucionalização é geralmente associada à perda de autonomia, à burocratização, ao encastelamento das lideranças e à instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos locais ou da tecnocracia (Gershman, 1991). Desde a sua criação, em 78, o debate sobre institucionalizar ou não o movimento surge inúmeras vezes nas reuniões, assembléias e demais encontros. Em favor da institucionalização, levantam-se, invariavelmente, os benefícios de se ter uma sede, secretaria, maiores possibilidades de fundos, que possibilitariam uma agilidade administrativa – e conseqüentemente política – maior. Contra a institucionalização, posição tradicionalmente majoritária, pesam os argumentos da burocratização, limitação da abrangência política e a cronificação do movimento, risco comum a todas as instituições. Uma relação bastante singular vai surgir no decorrer desta trajetória entre a opção pela não-institucionalização do MTSM e pela 'desinstitucionalização' do saber e da prática psiquiátrica. Como veremos, esta última tornar-se-á o conceito-chave no projeto de transformação da psiquiatria por parte do movimento.

Outra característica do movimento é ser múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, com a participação de profissionais de todas as categorias, assim como de simpatizantes não técnicos da saúde, quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente. Por um lado, a opção por ser um movimento com tal característica permite desvencilhar-se dos problemas políticos e administrativos de ser uma entidade de corporação, com a luta política e o programa estreitamente vinculados aos interesses de uma categoria ou conjunto de categorias em específico. Desta forma, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. Por outro lado, a atuação do movimento pode ocorrer sob sua própria identidade, mas, também, no interior de outras organizações políticas, tais como o CEBES, os sindicatos das categorias da saúde e de outras categorias, as associações de médicos residentes, as associações médicas, os Conselhos (CRM, CFM, CRP, CFP, CREFITO, CRAS etc.) e Ordens (OAB), a ABI, as associações comunitárias, de familiares e/ou de psiquiatrizados (como é o caso da SOSINTRA, no Rio de Janeiro), as Pastorais da Saúde, dentre outras em menor escala e por menor tempo. Mas, é também o MTSM que encampa e se transforma na Rede Alternativas à Psiquiatria, conhecida como 'a Rede' – movimento internacional criado em 1974, em Bruxelas, por grandes nomes internacionais da antipsiquiatria, da psiquiatria democrática italiana e da psiquiatria de setor. Para participar, de acordo com Franco Basaglia, basta apenas identificar-se com seus princípios: é uma questão de estado de espírito.

Mais recentemente, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, outra expressão do MTSM, além de um grande número de entidades de amigos, familiares e usuários que têm a marca do movimento. Finalmente, em decorrência de seu caráter múltiplo e plural, o MTSM encaminha propostas de transformação de unidades psiquiátricas

públicas (CJM, Pinel, CPPII, Juqueri, Galba Velloso, Raul Soares, Messejana, Juliano Moreira de Salvador, dentre tantos outros) ocupa espaços em instâncias consultivas e decisórias dos governos federal, estaduais e municipais, e busca influenciar na formulação das políticas de saúde do País.

Inicialmente, os grupos formadores de opiniões e as discussões dos encontros denunciam e criticam a assistência tradicionalmente deficiente dispensada à população, propondo o cumprimento das alternativas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares. Ao lado das críticas à administração/gestão dos serviços, surgem o lema da luta antimanicomial e as denúncias de favorecimento ao setor privado (pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria).

Os projetos de reformulação, a exemplo do constatado por Márcia Andrade (1992) na CJM, embora defendidos em épocas de ameaça por toda a comunidade institucional, tornam-se um mito de projeto único, com grande possibilidade de transformações sociais amplas. Encontra problemas de aceitação por parte de alguns destes agentes com inserção social, cultural e profissional diversa, indispondo poderes de técnicos com de profissionais outros, recolocando discussões a respeito do poder, do saber e das práticas do modelo médico-psiquiátrico.

A questão da estratégia de ocupação de cargos em órgãos estatais, como tática de mudança 'por dentro', ou indicador de cooptação das lideranças e do projeto do MTSM pelo Estado, a partir do advento da 'co-gestão', chega a dividir o movimento em duas facções, embora projetos como os da Colônia Juliano Moreira ou do Centro Psiquiátrico Pedro II tenham procurado equilibrar a direção e a militância nas bases.

A co-gestão interministerial e o plano do CONASP: a trajetória sanitarista I

No início dos anos 80, uma nova modalidade de convênio – estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) – demarca uma trajetória específica nas políticas públicas de saúde. Denominado 'co-gestão', o convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Neste espírito, o MPAS deixa de comprar serviços do MS, nos mesmos moldes realizados com as clínicas privadas, e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida.

A relevância da co-gestão advém do fato de que este processo torna-se um marco nas políticas públicas de saúde, e não apenas de saúde mental. Um dos sinais deste marco está no fato de que este é o momento em que o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental. É o momento em que os movimentos de trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas, embora este processo de co-gestão tenha sido restrito principalmente aos hospitais da DINSAM (no campo da assistência psiquiátrica) e a alguns poucos em outros estados (Rio Grande do Sul e outros do Nordeste). Outro sinal é dado pelo fato de

ser uma primeira experiência de uma nova relação entre as instituições públicas do setor saúde e, propiciando espaços concretos de transformação desta mesma assistência, assim como o surgimento de novas questões no campo das políticas públicas de saúde.

De acordo com a conceituação realizada por Paulo Roberto Motta (1983), a co-gestão tem um caráter gerencial interinstitucional, traduzido uma participação paritária, que ocorre apenas no plano horizontal, entre os setores de direção e administração dos órgãos envolvidos, sem ampliar no sentido vertical o poder formal dos níveis funcionais hierárquicos inferiores.

No entender de Andrade (1992:09), a co-gestão é

> *a formulação de um mecanismo de gerenciamento conjunto, por ambos os ministérios, dos hospitais da DINSAM, no Rio de Janeiro, que implica no repasse, para estas unidades, de recursos suplementares para a assistência pela Previdência Social (PS) – através do INAMPS – e de recursos do próprio Ministério da Saúde, o que permite a transformação destes hospitais em unidades gestoras.*

A implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante.

Antecedentes da co-gestão

Considerando a política da Previdência Social (PS), orientada para a priorização de compra de serviços dos hospitais privados, por meio de credenciamentos e convênios, se tem, como conseqüência, uma contínua absorção de grande parte do orçamento previdenciário destinado à assistência médica, o que acaba por gerar um processo de estagnação do setor hospitalar público (Lougon, 1984:19).

Um dos argumentos utilizados para viabilizar a compra de serviços médicos pela Previdência Social é o de se pretender proporcionar uma melhor assistência à população. Mas, o que ocorre na prática – principalmente no campo da saúde mental – é o crescimento rápido do número de internações de doentes mentais, aumento do número de reinternações, aumento do Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMPH), o que, segundo Carlos Gentile de Mello (1977:188), contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de concentrar a assistência psiquiátrica em nível ambulatorial. Em outras palavras, a política privatizante da Previdência Social termina por produzir excesso de atos de assistência médica. Sejam atos corretos e necessários, ou desnecessários, fraudes, abusos de toda a sorte, ocasionam um déficit nos cofres da PS, e obrigam a pensar em soluções de saneamento financeiro, melhor utilização da rede pública e modernização das unidades e dos mecanismos de planejamento e administração.

A administração pública havia sofrido uma profunda reforma, a partir do Decreto-Lei 200 de 1967, em que passa para a competência do Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Saúde, embora os meios para tanto sejam escassos. Tanto assim, que o orçamento do Ministério da Saúde vinha caindo assustadoramente. Em 1967,

correspondia a 3,44% do orçamento da União; começa a cair ano após ano, chegando, em 1974, a representar 0,90% desse mesmo orçamento, havendo uma inflexão para mais, em 1975, e depois nova queda até 1981 – quando se constitui no mais baixo item do orçamento da União (Geraldes, 1992:04).

A criação do processo de co-gestão ocorre num momento em que a Previdência Social se encontra sob profunda crise institucional. Crise de caráter não apenas financeiro, mas principalmente ético e de modelo de saúde. Esta crise, apesar de ser apresentada como de origem exclusivamente financeira, pautada na relação quantitativa custos-benefícios, é, na verdade, fundamentalmente qualitativa. Ou seja, os investimentos realizados não produzem benefícios minimamente satisfatórios, provocando uma visível insatisfação em alguns segmentos sociais, gerando críticas de usuários-contribuintes, parlamentares, lideranças comunitárias e religiosas, dentre outros setores da sociedade civil e dos próprios trabalhadores da área da saúde. A ineficiência da aplicação dos recursos é devida, em primeiro lugar, à própria natureza do modelo curativista e assistencialista e, em segundo, ao modelo de compra de serviços privados para a prestação de serviço 'público', o que termina por apontar para a necessidade da racionalização dos gastos previdenciários.

O caráter privatizante do modelo assistencial, implantado após a unificação da Previdência e radicalizado após o Plano de Pronta Ação (PPA) do ministro e empresário Leonel Miranda, tem como principal defensor o empresariado do setor privado, que tem como representante e articulador de seus interesses a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Ao pressionar o Governo, o projeto de privatização postulado pela FBH, tem como intuito captar grande parte dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS), que seria o grande financiador da construção e ampliação dos hospitais da rede privada. Não bastasse a solicitação dos recursos, estes teriam as seguintes condições: carência mínima de três anos, prazo de amortização de 120 prestações e juros de no máximo 8% ao ano, sem correção monetária. Mas as reivindicações da FBH não ficam por aí: há ainda, por exemplo, a do credenciamento automático, pelo INPS, de todos os hospitais construídos com financiamentos do FAS, independente das necessidades de saúde da população; a do reajustamento trimestral do valor das diárias pagas pelo INPS aos hospitais contratados (Mello, 1977:199), dentre outras reivindicações, que relevam o caráter predominantemente lucrativo do setor privado na prestação de serviços assistenciais.

Como forma de justificar a sua proposta de ampliação da rede hospitalar privada, a FBH se utiliza do princípio de que há uma relação matemática entre o número de leitos e o número de habitantes, tal como adotado pela OMS. Para Mello (1977:200), contudo, esta proposição da FBH não leva em consideração uma gama de fatores sociais, econômicos e culturais, que invalidam sua aplicação em territórios tão heterogêneos. Assim, a irracionalidade da política assistencial, que privilegia o setor privado, é decorrente de peculiaridades tais como:

1. objetivos: produzir serviços pagos e gerar lucros financeiros;
2. atribuições: indefinidas, descoordenadas e conflitantes;
3. controle: aleatório, e episódico;
4. avaliação: baseada na produção de atos remunerados;
5. gastos: dispersos, mal conhecidos e sem controle.

Um fator considerado altamente favorável à corrupção na prestação de serviços contratados ao setor privado está na forma de pagamento dos serviços médico-assistenciais em relação direta com a quantidade de tarefas executadas, ou seja, o pagamento por unidade de serviço (US). Há espaços para realização de diversas formas de manipulação de dados e estatísticas, referentes a custos operacionais, tempo médio de permanência, taxas de internação e reinternação, taxa de mortalidade, além do uso de estudantes de medicina, a título de treinamento, como forma de substituição ao trabalho médico profissional, como estratégias do setor privado para a redução de seus custos.

É neste contexto de crise previdenciária, de insatisfação popular com o sistema de saúde e de sucateamento do serviço público, que surge o processo de co-gestão, para reorientar as políticas públicas de saúde. A primeira unidade a entrar em regime de co-gestão é o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Segundo Sarah Escorel (1991:20), "se o convênio MEC/MPAS iniciou essa transformação com a introdução do pagamento por categoria de atendimento (e não por unidades de serviço isoladas), a co-gestão é o único mecanismo de relacionamento que rompe com a postura calcada na compra e venda de serviços". E mais adiante, "o processo de co-gestão traz uma perspectiva de integração do sistema de saúde, devido a sua aplicação (realização de acordos) nos três níveis de governo: federal, estadual, municipal".

Com a co-gestão, 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, propostas defendidas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica. Com a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975 (Lei 6.229), tinham sido estabelecidas as 'vocações' do INAMPS (assistência curativa e individualizada), e do MS (medicina preventiva e coletiva). Com isso, se faz necessário constituir uma comissão permanente de interação entre os dois ministérios, originando a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), instituída pela portaria nº 05, de 11 de maio de 1980. Esta comissão tem como atribuições básicas a realização de planejamento e coordenação conjugados da ação das duas pastas na área da saúde – tanto no nível federal quanto estadual – compatibilizando programas e atividades. Outra atribuição é priorizar a alocação de recursos disponíveis para as ações de saúde, seguida do desenvolvimento de estudos, objetivando o aperfeiçoamento constante e a adequação da sistemática operacional da prestação de serviços.

Desde 12 de dezembro de 1973, a relação entre os dois ministérios era de simples compra de serviços. O Ministério da Previdência e Assistência Social comprava serviços do Ministério da Saúde, exclusivamente para previdenciários e seus dependentes, por intermédio da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), pertencente ao MS. Tais serviços reduziam-se, quase que exclusivamente, à parte dos ambulatórios dos hospitais da DINSAM, aos serviços de emergência e a 30 leitos do Hospital Pinel, a 530 leitos do Centro Psiquiátrico Pedro II e a 330 leitos da Colônia Juliano Moreira (Geraldes, 1992:13). Já em maio de 1980, por meio de resolução da CIPLAN, os secretários-gerais dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social resolvem constituir um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI). Suas tarefas são estudar e recomendar medidas necessárias à reorganização e reformulação técnico-administrativa, para uma plena implementação e reequipamento das unidades psiquiátricas da Divisão Nacional de Saúde Mental. O GTI estabelece que a administração de cada hospital se realizará por inter-

médio de um Conselho Técnico-Administrativo (CTA), formado por técnicos de cada hospital em que se realiza a co-gestão. Em 17 de junho deste mesmo ano, as unidades da DINSAM são transformadas em unidades gestoras, podendo, assim, praticar atos autônomos de gestão orçamentária e financeira, programando seu próprio planejamento técnico e administrativo (Geraldes, 1992:14).

Metas da co-gestão

Os Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, seguindo orientação da CIPLAN, estabelecem diretrizes a serem cumpridas pela co-gestão. No que se refere à clientela, o atendimento se dará de forma universalizada, isto é, independentemente da situação de ser ou não previdenciário, utilizando as mesmas instalações, dependências e horários. Em relação aos recursos humanos, torna-se possível a sua utilização comum pelos dois ministérios, operando transferências e cessões, de acordo com a disponibilidade de pessoal e necessidade para a execução da programação. Quanto aos recursos financeiros passam a ser consideradas todas as atividades de administração, pesquisa, ensino e assistência, contribuindo os dois Ministérios em partes iguais para a manutenção dos hospitais. Ensino e pesquisa serão desenvolvidos nos hospitais com recursos da co-gestão, bem como em decorrência do estabelecimento de convênios com entidades nacionais e internacionais (Brasil. MS, 1980a).

A implantação da co-gestão funciona como recurso para agilização assistencial e financeira das unidades. Estas apresentam um quadro funcional com perfis semelhantes (vínculos contratuais com o MS, com o MPAS, com a Campanha Nacional de Saúde Mental), sofrendo impasses como o atraso no repasse de recursos previstos pelo convênio, demora na definição orçamentária, ausência de autonomia orçamentária e financeira, insuficiência de recursos humanos e materiais, etc. Estas dificuldades fazem com que se realize uma união de diretores, funcionários e segmentos das unidades em busca de soluções 'comuns a todos', e em decorrência de uma 'problemática' que, da mesma forma, é considerada bastante similar (Andrade, 1992).

As aparentes semelhanças entre as três unidades vão desaparecendo no decorrer do processo. Segundo Andrade (1992:33), as principais diferenças estão no porte de cada unidade (Pinel: 12 mil m^2, CPPII: 74.800 m^2: CJM: 7.300.000 m^2), que impõem questões administrativas bastante diversas, e na vocação determinada pela tradição assistencial de cada unidade (o Pinel identificado como serviço de emergência, o CPPII como serviço de 'agudos' e a CJM de 'crônicos').

Com o advento da co-gestão, estes hospitais, independentemente de suas características, "são transformados em pólos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais desenvolvidas nas diferentes áreas programáticas que compõem o município do Rio de Janeiro" (1992:38). Ao abrir suas portas para a comunidade, o Pinel amplia a atenção ambulatorial, desestimulando as internações e orientado-se, supostamente, pelo modelo da psiquiatria comunitária americana. Sua opção transformadora parece situar-se em um território eminentemente técnico. No CPPII, as mudanças apontam na direção da ambulatorização, como forma de impedir a internação, ao mesmo tempo que o capacita para realizar uma pronta

intervenção, diagnóstico e tratamento imediatos, criando espaços para a atuação de equipes multiprofissionais. Neste contexto, a necessidade de superação da hospitalização equivale, em última instância, à superação do hospital/manicômio como recurso terapêutico. Por fim, a CJM – devido a sua característica mais asilar, com pacientes de longa permanência (média de 21 anos de internação) – prioriza em sua atuação o caminho da ressocialização. Na tentativa de reverter este quadro, é inaugurado o Hospital Jurandir Manfredini que, basicamente, passa a atender as emergências e internações de curta permanência. Com vistas a desconstruir gradativamente a tradição de asilo de crônicos, a CJM dedica-se, inicialmente, à implantação de um novo modelo assistencial pautado na atenção aos problemas de saúde mental da área programática onde se situa o hospital (Área Programática 4 [AP 4], composto pelos bairros Barra da Tijuca e Jacarepaguá). Desta forma, a CJM procura caminhar em duas direções: a superação do manicômio e a busca de uma solução 'territorial' para a assistência em saúde mental.

O processo de co-gestão, assim como o convênio MEC/MPAS, pode ser considerado como precursor de novas tendências e modelos no campo das políticas públicas, tais como o plano do CONASP, as AIS, os SUDS, o SUS. Um exemplo claro desta influência será percebido no Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do CONASP, principalmente em relação à responsabilidade do Estado na definição e na condução da política no setor e buscando definir ao setor privado uma participação complementar.

Coloca-se, ainda, a orientação para a utilização total e prioritária da capacidade instalada do setor público, ficando em segundo plano a participação de entidades beneficentes e, posteriormente, a do setor privado. Para tanto, demarca-se a necessidade de integração programática interinstitucional, com definição das respectivas co-participações financeiras. Como vimos, antes da co-gestão, alguns hospitais já mantinham contrato de prestação de serviços com o INPS, como o Pinel, que oferecia trinta leitos, ou o CPP II, que destinava uma unidade – o Instituto Professor Adauto Botelho (IPAB) – para a população previdenciária, além dos atendimentos ambulatoriais. Estes serviços eram pagos pelo INPS ao Ministério da Saúde, de acordo com a modalidade de Unidade de Serviço (US), ou seja, se caracterizava o pagamento por produção, do mesmo tipo que o INPS fazia com o setor privado. Com a co-gestão, o atendimento à população se torna universalizado, o que reflete uma alteração qualitativa na política, quando a diretriz sai da linha do seguro para o da seguridade.

À proporção que, dentre os objetivos da co-gestão, está o de dinamizar os serviços públicos, com uma conseqüente diminuição do repasse de recursos públicos para o setor privado (Brasil. MS, 1980b), torna-se necessário o aumento da oferta de leitos, assim como sua otimização. Este aumento do número de leitos tem como conseqüência um aumento no número de contratações de pessoal, principalmente em relação ao atendimento ambulatorial, que, devido à falta de recursos humanos anterior, era praticamente inexistente. O aumento da capacidade de atendimento dos hospitais da DINSAM gera, em princípio, um real aumento do número de leitos em alguns hospitais, como por exemplo, no Pinel e no Pedro II, o que produz um caráter controverso, pois a grande preocupação do MTSM é, também por princípio, o de 'desmontar' a aparelhagem institucional psiquiátrica. Faz-se necessário ressaltar que a preocupação dos gestores da co-gestão é que, aumentando a capacidade de operação dos hospitais, ocorra uma transferência dos recursos destinados à compra de serviços do setor privado, dirigindo-os para o público.

Debate em torno da co-gestão

Por representar uma nova dinâmica na administração dos hospitais públicos e, conseqüentemente, a valorização e viabilização dos seus serviços, a co-gestão tem como principais opositores os 'empresários da loucura' – os proprietários de hospitais psiquiátricos – que nela vêem a ameaça aos seus lucros e, também, seu poder político. Na defesa de seus interesses, os empresários organizam o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Órgão patronal, criado inicialmente como Federação Brasileira de Associações de Hospitais, no ano de 1966; em 1973, sob novo estatuto, passa a se denominar FBH, tornando-se o órgão organizador e centralizador da maior parte dos recursos destinados à saúde. Para alcançar o seu objetivo, a FBH realiza uma

> *campanha de grande porte, defendendo o que considera os seus interesses empresariais e denunciando a existência de 'um grupo de mentalidade estatizante na área da saúde, cujos núcleos de doutrina e de ação se acham enquistados no serviço público dos Estados mais pobres e em determinados escalões do serviço público federal'.* (*apud* Mello, 1977:197)

A FBH percebe a dimensão da política esboçada a partir da co-gestão, no sentido de uma possível reviravolta na distribuição de recursos da Previdência Social, onde o setor privado é o maior beneficiário. A crítica desta entidade se pauta nos desperdícios de verbas do INAMPS, estendendo-a também aos hospitais da DINSAM, ao alegar o fato de que os custos desses hospitais, na relação paciente/dia, são maiores do que os dos hospitais particulares. A FBH argumenta ainda que o tempo médio de internação nos hospitais privados é de quatro dias, em contraposição ao tempo de 21 anos na Colônia Juliano Moreira. Segundo esta entidade, apesar da qualidade incomparavelmente inferior dos serviços psiquiátricos do Ministério da Saúde, o custo é significativamente superior, tendo, ainda, a acusação de que o Ministério da Previdência e Assistência Social repassa previamente as verbas para os hospitais da DINSAM, enquanto os hospitais privados só recebem o pagamento com até três meses de atraso.

A crítica da FBH é denunciada como manipuladora de dados e de não se referir ao aspecto do quadro de pessoal, que nos hospitais em co-gestão é mais completo, na medida em que passam a ser admitidos técnicos de diferentes áreas de conhecimento e intervenção, contrariamente aos hospitais privados, nos quais existem poucos técnicos e recursos terapêuticos. Para Paulo César Geraldes, o processo de co-gestão possui, ainda, a iniciativa de realizar a integração com a comunidade e com as associações de moradores: "os hospitais da DINSAM vêm promovendo de modo efetivo o encontro com a comunidade, abrindo suas portas para discussões em torno do atendimento prestado e todas as questões relacionadas com a saúde mental" (Geraldes, 1982:89). Para o autor, este diálogo com a comunidade é acompanhado da possibilidade de um melhor entendimento a respeito da questão da saúde mental, o que não ocorre com a prática hospitalizante e segregadora dos serviços privados. Geraldes (1982:90) refuta ainda as críticas da FBH sobre o não atendimento aos pacientes previdenciários:

os pacientes previdenciários são atendidos, sim, nestes hospitais públicos. Os últimos levantamentos mostram que 75% da população atendida nestes próprios federais é composta por previdenciários e seus dependentes. A fatia dos 25% restantes atendidos nestes hospitais públicos é formada por indigentes que, por não terem como pagar ou não ter um INAMPS que por eles pague, jamais será atendida pelos beneméritos empresários da doença.

As críticas da FBH demonstram a preocupação de ver reduzida a sua parcela de vantagens, devido ao fato de que a co-gestão prova que o hospital público é viável, que ele pode oferecer atendimento de qualidade à população, que serve como locus de novas experiências e pesquisas, que é um centro formador de recursos humanos" (1982:91). Para Maurício Lougon (1984:19), o debate FBH *versus* co-gestão traduz uma disputa de modelos de assistência: é a substituição de um modelo essencialmente privativista, pautado na relação atendimento/produção/lucro, por um modelo assistencial público eficiente.

Instrumentalizando o novo modelo, a co-gestão aparece como um convênio entre o INAMPS e o Ministério da Saúde, extremamente valioso por permitir modernizar os hospitais deste último, ampliando sua oferta de serviços para a clientela previdenciária mediante transferência de parcela de recursos financeiros que antes eram repassados ao setor privado.

O autor ressalta ainda que, mesmo

sem manipular estatísticas, é possível demonstrar que, em psiquiatria, o leito público é menos dispendioso para o INAMPS do que o leito privado, em função principalmente de indicações mais criteriosas para internações e da alta rotatividade dos primeiros em relação aos segundos. (1982:20)

O plano do CONASP

Com o agravamento da 'crise financeira' da Previdência Social e sua impossibilidade de solucioná-la é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Brasil. MPAS/CONASP, 1983a), pelo Decreto nº 86.329 de 02 de setembro de 1981, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. O CONASP conta com a participação, não-paritária, de representantes governamentais, patronais, universitários, da área médica e dos trabalhadores. A criação do CONASP e a conseqüente promulgação de seu 'plano' podem ser entendidas como uma ampliação, em nível nacional, da experiência desenvolvida não apenas e principalmente a partir da co-gestão, e exatamente no auge desta, mas também de algumas experiências localizadas em municípios ou regiões de municípios, centradas nos princípios da integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde.

Para Andrade (1992:23), "ao CONASP é facultado organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios para a locação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e assistência à saúde". E ainda:

> *O CONASP fica responsável em reverter de forma gradual o modelo médico assistencial da Previdência, que é de natureza privatizante, causador de ociosidade e desprestígio do setor público, incapaz de permitir um planejamento racionalizador e, principalmente, pela contenção de custos na área. Os objetivos do CONASP dizem respeito ao aumento da produtividade, racionalização do sistema, melhoria de qualidade dos serviços, extensão de cobertura (população rural), responsabilidade e controle estatal do sistema.* (1992:24)

Assim é que o CONASP apresenta um plano geral para a saúde previdenciária, um para a saúde oral e um outro ainda para a assistência psiquiátrica. O plano do CONASP para a assistência psiquiátrica, datado de agosto de 1982, e que passa a ser denominado simplesmente de CONASP ou 'plano do CONASP', alinha diretrizes gerais de uma reformulação da assistência, que coincide com as postulações técnicas da OPAS/OMS. Dentre tais diretrizes estão as da descentralização executiva e financeira, da regionalização e hierarquização de serviços e do fortalecimento da intervenção do Estado.

Para Ana Pitta (1984:06), apesar de suas origens autoritárias, é o primeiro plano de assistência médico-hospitalar a ser discutido mais amplamente em distintos setores profissionais, empresariais e econômicos diretamente envolvidos, com exceção direta dos usuários, muito embora estejam representados pelas confederações e sindicatos de trabalhadores. Contudo, deve-se observar que a plenária constituída para a discussão do plano é meramente formal, na medida em que já existia um plano previamente traçado por setores progressistas incorporados ao aparelho de Estado, setores estes provenientes do movimento da reforma sanitária em que, deve-se admitir, não havia muitos espaços para discordâncias e alterações.

O Plano, inspirado fundamentalmente nas propostas do CEBES de criação de um Sistema Único de Saúde (CEBES, 1980a), do *Manual de Assistência Psiquiátrica*, elaborado sob a condução do professor Luiz Cerqueira (Brasil. MPAS, 1974), tem propostas para a utilização total da capacidade ociosa do setor público, adoção de modalidades assistenciais que assegurem melhoria de qualidade, previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados, em detrimento do setor privado. Para isso, preconiza a descentralização do planejamento e da execução da assistência à saúde, desburocratizando-se os procedimentos administrativos, contábeis e financeiros. Ou seja, no nível das unidades sanitárias, cada qual seria gestora de seus próprios recursos. Como proposições gerais são recomendadas universalização da assistência, a regionalização do sistema de saúde, a coordenação tripartite (Previdência Social, Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde), a hierarquização dos serviços, públicos e privados, de acordo com o grau de complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, a descentralização do planejamento e execução das ações, a desburocratização do atendimento ao público, a valorização dos recursos humanos do setor público, a vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde da sua área, e o controle dos setores públicos/privados, através do sistema de auditoria médico-assistencial (Andrade, 1992:24). São estas proposições que passam a nortear todo o processo da assistência à saúde neste período. Para que isso ocorra, deve haver um estreitamento da articulação entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, o da Saúde e o da Educação, e destes com as secretarias estaduais de saúde através da CIPLAN.

O CONASP tende a instaurar a concepção de que é responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados. No plano da assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital torna-se elemento secundário. No Rio de Janeiro, onde o 'Plano do CONASP' é implantado experimentalmente (Brasil. MPAS/CONASP/INAMPS-RJ, 1983b), a coordenação do sistema é entregue aos hospitais da DINSAM que passam a ser hospitais de base. Todos os serviços de psiquiatria, públicos ou privados ficam sob a supervisão técnica destas instituições. O Rio de Janeiro é dividido em Áreas Programáticas para melhor supervisão e realização dos serviços.

Alguns objetivos deste projeto são o de reduzir em aproximadamente 30% o número de internações, o tempo médio de internação de 90 dias para 30 dias e de disciplinar essas internações, com 'portas de entrada' bem estabelecidas e hierarquizadas, devendo a oferta de consultas ambulatoriais expandir-se em torno de 50% (Geraldes, 1992:81). O Plano do CONASP é implantado, com maior ou menor intensidade e êxito, em vários municípios ou estados. No Rio de Janeiro, onde situa-se nesta época a presidência do INAMPS, este instituto possui uma rede assistencial relativamente significativa, e o Ministério da Saúde tem seus únicos três hospitais psiquiátricos, o plano é implantado em caráter experimental, como projeto-piloto, e como a primeira das experiências quanto à sua aplicabilidade, eficácia e eficiência do mesmo.

Analisando o primeiro ano de implantação do Plano do CONASP, Geraldes (1992:68-71), valendo-se de alguns dados coletados a respeito, conclui "pelo franco êxito do Programa de Regionalização e Hierarquização da Assistência Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro, que só foi viabilizado via co-gestão".

O setor privado, representado pela FBH, é o principal oponente do plano, considerando-o absolutamente estatizante e contrário aos seus interesses. Na sua opinião, o CONASP representa um duro golpe na iniciativa privada e, apesar da resistência organizada na mídia e nos poderes públicos, os resultados na luta contra o plano são destinados ao fracasso (FBH, 1982). Enfim, este período ou talvez, melhor dizendo, esta trajetória do movimento da reforma psiquiátrica, traduzida pela incorporação dos quadros do MTSM ao aparelho público, formulando e gerenciando as políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica, que vai da co-gestão ao plano do CONASP, passando por outras experiências mais regionais, nos permite extrair algumas observações. Neste momento, encontramos um movimento que, por dedicar-se, por um lado à tarefa de tornar a coisa pública viável, em uma autêntica linha 'estatizante', própria dos segmentos progressistas, atuantes nos partidos, sindicatos e associações e, por outro, por procurar enfrentar a investida da oposição a estas políticas, oriunda principalmente da FBH, mas também dos setores mais 'organicistas' ou mais radicalmente 'psicologizantes', localizados ora nas universidades, ora na ABP, ora ainda nos adeptos da tradição psicanalítica, acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais. 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. O Estado autoritário moribundo, especificamente no setor saúde, na sua necessidade de alcançar legitimidade, de diminuir tensões e de objetivar resultados concretos nas suas políti-

cas sociais, deseja essa aliança, mas certo de que as mudanças propostas não conseguem ferir efetivamente as bases destas mesmas políticas.

Porém, é preciso especificar que, na tática de ocupação de espaços no setor público, nem todos os membros do movimento ocupam cargos de chefia, de decisão política. A co-gestão marca também uma divisão de linhas de estratégias. Uma parcela do MTSM opta por entrar nas instituições públicas com o objetivo de transformá-las fundamentalmente pela base, isto é, pela luta interna dos trabalhadores das instituições. Ambas as linhas têm aspectos interessantes. A primeira, que adota uma linha predominantemente institucional, define o seu campo de intervenção num aspecto que vai desde a criação de associações de funcionários, de participação da comunidade na gestão da instituição, até a imagem-objetivo de superar o manicômio pela transformação das práticas assistenciais. A segunda, que adota uma linha predominantemente sindical, exerce um papel de vigilância da primeira, atuando na organização dos trabalhadores, na luta por melhores condições de assistência e trabalho.

Por um lado, a linha institucional termina por confundir-se com o próprio Estado, por uma crença excessiva nas boas intenções dos dirigentes superiores ou do próprio Estado em modernizar-se, em qualificar as suas políticas sociais, comprometendo, assim, as suas próprias bandeiras e projetos de origem. Por outro, a sindical também perde os objetivos de uma real transformação da natureza da instituição psiquiátrica. Nesta última, a luta no interior das instituições passa a ser, simplesmente, uma parte da batalha pela democratização do País e das instituições, em que pouca ou nenhuma diferença faz o fato de estarem em uma instituição psiquiátrica com mecanismos próprios, suas especificidades, sua função social. Estes últimos compartilham de uma visão radicalmente sociologizante da loucura e da instituição psiquiátrica, chegando a supor que com o fim do autoritarismo, da violência social, das desigualdades, deixem de existir os loucos, os doentes, as instituições da violência. Pouco preocupam-se com a hipótese inversa, ou seja, de que a psiquiatria pode modernizar também os seus mecanismos de repressão, de violência, de controle social. Prova disso é a própria 'psiquiatria social' que, nas palavras de Castel (1978), promove um *aggiornamento*, isto é, uma atualização dos seus mecanismos de controle social, abrindo mão dos mecanismos mais repressivos, para instaurar outros voltados para a normatização social da saúde.

Os encontros de coordenadores da região sudeste e as conferências de saúde mental: a trajetória sanitarista II

Em continuidade à trajetória iniciada com a co-gestão, tem-se um período em que são realizados os encontros de coordenadores e as conferências de saúde mental, refletindo um momento em que o MTSM encontra-se fortemente instalado no aparelho de Estado, em substituição às antigas lideranças administrativas, que ocupavam os cargos de direção e coordenação das políticas de saúde mental.

A partir de 1985, pode-se fazer numa constatação importante: uma parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, assim como a direção de importantes unidades hospitalares públicas – inclusive algumas universitárias – estão sob a condução de fundadores e ativistas do MTSM. Na região sudeste (MG, SP, ES, RJ), praticamente todos os espaços estão assim ocupados. Um dos motivos desta mudança é o próprio trabalho das lideranças do MTSM que, ao longo do tempo, encarregaram-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas idéias, formar novos militantes. Operaram uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social.

Assim, decide-se organizar o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, iniciativa reproduzida em outras regiões e conjuntos de cidades, e que logo após vai ser retomada pela Divisão Nacional de Saúde Mental para todas as regiões. A organização deste primeiro Encontro representa, portanto, uma estratégia de articular os vários dirigentes para discutir e rever suas práticas, de criar mecanismos e condições de auto-reforço e cooperação mútua. Esta trajetória termina com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual a pretensa hegemonia parece estar em jogo e as forças de resistência ao projeto do MTSM não aparentam estar assim tão aniquiladas. O setor privado efetivamente passa por um período de relativo silêncio, após o que considera um 'fracasso' na luta contra o Plano do CONASP, optando em parte por uma estratégia do tipo 'fazer-se de morto', isto é, evitando expor-se publicamente, e, em parte, porque reflete a falência da FBH como entidade expressiva do empresariado do setor saúde, na medida em que suas parcelas mais modernas decidem atuar de outra forma, isto é, nas modalidade de seguro-saúde e de medicina de grupo, e que voltarão à cena um pouco mais adiante.

A ABP, que vinha acompanhando o desenvolvimento dos membros do MTSM com uma certa cautela, e preocupada também com o seu esvaziamento (significativa evasão de associados), decide recolocar-se no cenário das políticas públicas e alia-se à nova direção da DINSAM para a organização da I CNSM.

Sucede-se que a DINSAM, no período da Nova República, passa a ser dirigida por setores universitários não propriamente organicistas, mas declaradamente contrários ao projeto do MTSM. Esta divisão procura incorporar trechos do discurso do MTSM no mesmo momento em que afasta seus membros da condução política das unidades hospitalares. A ABP, com forte inclinação para os setores universitários mais tradicionais e os interesses da indústria farmacêutica, aproxima-se da DINSAM. Pretende, com isso, ocupar

o lugar de liderança na formulação de políticas de saúde mental, que vinha sendo ocupado pelo MTSM.

Esta conjuntura possibilita um enfrentamento entre o MTSM, de um lado, e a DINSAM e a ABP, de outro. O resultado deste enfrentamento é bastante positivo, na medida em que possibilita ao MTSM um certo reencontro com suas origens, em uma discussão interna sem precedentes, em que são revisadas as estratégias, as lideranças, os princípios políticos e, até mesmo, os marcos teóricos da reforma psiquiátrica.

Desde os primeiros momentos da organização da I CNSM, a DINSAM e a ABP procuram dar ao evento um caráter congressual, isto é, de um encontro científico de psiquiatras e profissionais de saúde mental, ao contrário do que fora decidido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em março de 1986, a 8ª Conferência inicia uma mudança radical no caráter destes eventos. Deixa de ser um mero encontro de técnicos e burocratas para ser um evento de participação popular, onde participam técnicos, burocratas e políticos, mas também partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos etc.[2] Como desdobramento, decide-se organizar conferências de temas específicos, tais como saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde da mulher, vigilância sanitária, saúde ambiental. Um destes assuntos, proposto por membros do MTSM, principalmente após o relativo 'êxito' do I Encontro de Coordenadores da Região Sudeste, é o da saúde mental.

Nos meses que se seguem, porém, as conferências dos temas específicos vão sendo realizadas. A da saúde mental não tem o mesmo desfecho, pois, para a DINSAM, a realização da mesma significaria a total e completa hegemonia do MTSM. Com este quadro de improbabilidade, os membros do MTSM inseridos em postos-chave de secretarias de saúde, universidades e unidades hospitalares decidem realizar as conferências estaduais e a nacional, mesmo sem o consentimento ou a participação da DINSAM. Ante este impasse, a DINSAM, com a participação da ABP, decide marcar a data da I CNSM para junho de 1987.

Neste cenário de impasse, a realização da I CNSM se faz em um clima de embate. Na sessão de instalação da conferência, o MTSM decide rejeitar o regimento e o estatuto, assim como a nomeação prévia da comissão de redação e o pré-relatório final, elaborado anteriormente ao início da conferência. A DINSAM e a ABP recuam e o MTSM passa a encaminhar a conferência, introduzindo os grupos de trabalho, deliberando quanto às decisões e encaminhamentos e elegendo a composição das comissões. Paralelamente, o MTSM realiza encontros entre os membros de todos os estados, com o objetivo de traçar novas estratégias (MTSM, 1987a). Nestas reuniões, constata-se o surgimento de novas lideranças no movimento, assim como o redirecionamento de alguns dos princípios e estratégias até então adotadas a partir do período da co-gestão, conforme veremos mais adiante.

---

2 A opção de utilizar algarismos arábicos, e não romanos, o que também viria a ocorrer mais tarde com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, advinha do fato de ser mais inteligível para a população em geral, o que procurava ser ainda uma marca do caráter mais popular e democrático deste evento.

O relatório final da I CNSM comporta princípios considerados progressistas, tanto no que diz respeito à saúde e à saúde mental, quanto no que se refere aos problemas políticos, econômicos e sociais. Após estas considerações, passemos aos acontecimentos que vão do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste à I Conferência Nacional de Saúde Mental.

O I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste

Entre os dias 26 e 28 de setembro de 1985, em Vitória, no Espírito Santo, tem lugar o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, com o tema oficial: "política de saúde mental para a região sudeste" (Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, 1985). Sua realização nasce da necessidade de repensar a assistência à saúde mental na região, como conseqüência das modificações ocorridas no período posterior à co-gestão e ao plano do CONASP. Os atores, muitos oriundos do MTSM, e neste momento gestores das instituições oficiais, traçam estratégias para o desenvolvimento e fortalecimento das ações no campo da saúde mental.

Antes de sua realização, organizam-se Encontros prévios Estaduais, com a participação da Coordenadoria Regional da Campanha Nacional de Saúde Mental (do Ministério da Saúde), das secretarias estaduais de saúde, de representantes da rede do INAMPS, das universidades e das secretarias municipais de saúde, além de representantes das entidades de classe da área de saúde mental de cada estado e da ABP. A ausência de representantes do segmento social (sindicatos, associações etc.) é um aspecto importante, muito embora seja entendida como justificável – na medida em que é considerado um encontro de técnicos e dirigentes institucionais. Cumpre também atentar para o fato de que as entidades de 'usuários' e familiares ainda não têm, nesse momento, a influência atual.

Os temas básicos pretendem avaliar o diagnóstico da assistência psiquiátrica nos estados e formular propostas de reorientação da assistência psiquiátrica, tendo como produto da discussão a elaboração de relatórios a serem apresentados pelos participantes do INAMPS e das secretarias de saúde. O objetivo geral do encontro é discutir os programas, projetos e planejamento nas instituições, assim como formas de trabalho integrado e a definição de uma política de saúde mental para a região. Como objetivo específico, pretende-se aperfeiçoar as ações integradas de saúde mental em um sistema único de saúde, visando à formulação da política nacional de saúde mental.

No relatório dos estados, demonstra-se o caráter predominantemente hospitalocêntrico e privado das internações. Aponta-se para a necessidade da regionalização, da hierarquização, da integração inter e intra-institucional, e da participação da comunidade nas decisões da política e da avaliação, como princípios básicos para uma reformulação substancial do setor. Como estratégias, pretende-se reduzir o número de leitos psiquiátricos, transformando-os em recursos extra-hospitalares (hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários) ou por leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Quanto à carência de recursos humanos – apresentada nos relatórios prévios – surgem formulações de políticas de recursos humanos democráticas e adequadas às ne-

cessidades dos programas interinstitucionais que vão desde a reformulação do *curriculum* mínimo para a formação de profissionais de saúde até o concurso público e a isonomia salarial. Para que tais medidas se efetivem, faz-se mister uma política de administração financeira que, em primeiro lugar, tenha um montante compatível com as necessidades do modelo assistencial e gerencial que se propõe. Segundo, que haja a possibilidade de um efetivo controle social da aplicação dos recursos, objetivando, principalmente, em suas estratégias, o não credenciamento de leitos psiquiátricos à rede privada pelo INAMPS, e privilegiando a rede própria.

A necessidade de fortalecimento dos mecanismos de integração, de participação comunitária, de unificação interinstitucional, de descentralização, são aspectos fortemente marcados neste encontro, considerados básicos para o fortalecimento efetivo do setor. Entende-se que o sistema de controle, avaliação e informação deva perpassar todos os níveis e instâncias, para que os serviços possam melhorar a cada processo de avaliação, o que seria assegurado com a criação de um sistema único, eficiente, descentralizado e democrático.

Constam do relatório final outros desdobramentos, como programas especiais que transformem os asilos em locais dignos e apropriados para os pacientes internados, o fortalecimento do papel da DINSAM, a divulgação das Ações Integradas de Saúde (AIS) por meio do INAMPS, Ministério da Saúde e CONASP, o controle eficaz sobre o consumo de psicotrópicos, discussão ampla referente à assistência, direitos humanos, legislação civil e penal pertinente ao doente mental.

Das moções, pode-se destacar a imediata criação do seguro-desemprego, para impedir que a articulação entre a perícia médica do INPS e o aparelho psiquiátrico continue a funcionar como mecanismo perverso da substituição de um sistema de seguridade social injusto; e reformulação administrativa e assistencial imediata do Hospital Adauto Botelho diante do diagnóstico apresentado.

Decide-se pela criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), a serem implantadas em todos os estados e, se possível, nos municípios da região Sudeste (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde Mental – CIMSM), compostas por representantes de todos os órgãos e instituições participantes do sistema de saúde (MS, INAMPS, universidades). Esta proposta é a mais polêmica, na medida em que não é aceita por segmentos do MTSM simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro, por entendê-la uma ameaça à pretendida hegemonia no campo da saúde. A implantação, contudo, será feita em todos os estados da região, assim como em muitos dos mais importantes municípios.

O I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro

O I Encontro Estadual de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro ocorre no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, nos dias 4 e 5 de outubro de 1986 (Infante et al., 1986). A então diretoria do Instituto, em iniciativa praticamente isolada, decide realizar um encontro que fizesse as vezes de uma conferência estadual, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na medida em que como vimos, a DINSAM ainda não o fizera. Participam organizações da sociedade civil,

representantes de partidos, de prestadores de assistência dos serviços e lideranças comunitárias da Área Programática II – Sul no município do Rio de Janeiro (zona sul), onde se situa o Instituto.

O objetivo deste encontro é o de 'provocar' os debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental. O evento insere-se na linha geral das discussões e como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília – de 17 a 21 de março de 1986 – e incorpora as decisões desta conferência, dentre as quais a de implantação da Reforma Sanitária, da criação de um sistema único e público de saúde. Defende, ainda, a conceituação global de saúde, como conquista de um bem-estar para todos.

Nas discussões realizadas, encontra-se, de forma marcante, a preocupação em relação à participação de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos para formular e executar políticas de assistência em saúde mental. Também destacou-se a representação da população definindo o campo de ação profissional em saúde mental e sua fiscalização (Infante et al., 1986).

A I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro

Esta conferência é realizada no Estado do Rio de Janeiro, nos dias 12, 13 e 14 de março de 1987, no *campus* da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Realiza-se a partir de uma ampla convocação de associações, entidades e instituições populares e de saúde, às quais são oferecidas vagas de delegados para o evento. A conferência é convocada sem o 'consentimento' do Ministério da Saúde que, até a presente data não havia definido quanto da realização ou não da Conferência Nacional, com o intuito de pressionar para efetivação da mesma, assim como de estimular que outros grupos estaduais tomassem a mesma iniciativa.

O tema central é a 'política nacional de saúde mental na reforma sanitária'. Tem, ainda, como pontos de discussão a situação da saúde mental no contexto geral da saúde, os limites da abrangência do universo da saúde mental, a política e o tipo de modelo de assistência à saúde mental. Outros temas são a 'repercussão do programa de ações integradas de saúde no subsetor' e 'direitos humanos, justiça, cidadania e qualidade de vida'. Promovida pela CISM/RJ, conta com a participação de movimentos e entidades da sociedade civil, com aproximadamente 1.200 inscrições. Discute-se a eleição dos delegados para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando são eleitos também usuários e familiares (CESM, 1987b).

Os temas são discutidos por grupos de trabalho compostos pelos participantes, sem a figura do conferencista.

Tema I: Cidadania, Sociedade e Qualidade de Vida – reconhecem que a doença mental é fruto do processo de marginalização e exclusão social. Portanto, deve-se realizar um trabalho de resgate da cidadania, por meio da promoção da saúde mental da população, oferecendo condições de sobrevivência dignas. Também devem-se oferecer condições para que os profissionais tenham cidadania.

Tema II: Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça – que seja assegurado o direito ao acesso a todos os recursos disponíveis, dentre eles o atendimento multidisciplinar, a liberdade de escolher se quer ser tratado e de escolher o terapeuta. Conclui-se que se

deve assegurar a participação das comunidades e grupos sociais na elaboração e controle da aplicação dessas normas, dos tratamentos e dos serviços oferecidos. Da mesma forma, devem ser asseguradas as condições trabalhistas dos pacientes durante o tratamento, inclusive o seguro-desemprego. Finalmente, é lançada a necessidade de que seja revisto e atualizado o código civil no que diz respeito ao doente e à doença mental.

Tema III: Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária – considera-se que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. Reforça-se a necessidade de inserção, nos programas informativos-pedagógicos, de medidas que visem a promoção da saúde em geral. Quanto ao modelo assistencial, pretende-se a reversão da tendência hospitalocêntrica, por meio de atendimentos alternativos em saúde mental, tais como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos etc. Propõe-se, ainda, a redução progressiva dos leitos manicomiais públicos e o não credenciamento de leitos privados, a hierarquização da rede assistencial e a expansão da rede ambulatorial, descentralizando e melhor capacitando tecnicamente, objetivando, assim, um poder de resolutividade mais eficiente.

A influência do Relatório Final do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental é marcante neste documento, inclusive com alguns trechos transcritos na íntegra.

O II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste

Este encontro é realizado em Barbacena, de 02 a 04 de abril de 1987, tendo à frente a CISM/MG, com a promoção da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o patrocínio da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os temas propostos são 'saúde mental na rede pública: situação atual e avaliação das propostas e desdobramentos do I Encontro de Coordenadores' e 'a saúde mental na reforma sanitária' (Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, 1987). A exemplo do I Encontro, realizam-se discussões prévias dos temas em cada um dos estados.

No documento final, avaliam-se os resultados alcançados no I Encontro, onde se constata a não expansão dos leitos manicomiais/hospitalares na região, a implantação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), o fortalecimento da articulação interinstitucional no subsetor, e uma considerável expansão da rede ambulatorial e de outros recursos externos. Considera-se que alguns estados têm tido maior progresso, porém, as dificuldades ainda são muitas e, num diagnóstico mais apurado, vê-se que a integração interinstitucional é insuficiente. As CISMs, apesar de já implantadas em todos os estados, têm um funcionamento diferenciado, ficando na dependência da posição política assumida pelos componentes. A rede ambulatorial se expandiu, mas a cobertura ainda é baixa, devido a vários fatores – entre eles, a escassez de recursos humanos e a inexistência de instâncias intermediárias, como emergência de funcionamento diuturno e enfermarias em hospital geral, predominando ainda o setor privado no que se refere às internações.

Diante deste quadro são formuladas propostas e recomendações que visam melhorar esta situação, principalmente através da expansão da rede básica e de ambulatórios

especializados com gerência adequada, da criação de leitos psiquiátricos em hospital geral, da condição de que todo pronto-socorro público esteja capacitado para atender as emergências psiquiátricas introduzindo-se assim a Saúde Mental dentro do sistema geral de saúde. Um aspecto importante refere-se ao fortalecimento das CISMs na medida em que passam a contar com representantes da comunidade.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental

A I Conferência Nacional de Saúde Mental realiza-se em 25 a 28 de junho de 1987, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e demais segmentos representativos da sociedade, estrutura-se a partir de três temas básicos:

- economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental.

Entre as recomendações importantes da I CNSM, estão:

- a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas (de lutar por melhores condições institucionais), mas também de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde;
- a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado reconheça os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental;
- a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (Brasil. MS, 1988).

Novos rumos: a trajetória da desinstitucionalização

Esta trajetória – marcada pela noção da desinstitucionalização – tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o 'Congresso de Bauru', a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou 'Projeto Paulo Delgado', como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e com-

plexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Para Luz (1987:132), em termos políticos, a década de 80 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar. Em suas palavras,

> *os movimentos pela anistia geral e irrestrita, pelas eleições diretas e imediatas, ou pela busca dos desaparecidos são exemplos, em macronível político, desse esforço, assim como a organização de associações comunitárias de moradores, de usuários de serviços coletivos de consumidores, ou de 'minorias' (éticas, sexuais) o são em micronível, assinalando uma constante mobilização da sociedade civil durante a década para a transformação da ordem sócio-política brasileira.* (Luz, 1987:132)

Nos primeiros anos da década, predominava a égide da ditadura. De acordo com Koshiba et al. (1987), os militares, decididos a permanecerem no poder, porém cientes da absoluta impopularidade do regime, davam início à estratégia de 'abertura' democrática, que visava a garantir algum apoio da sociedade civil. Estavam marcadas as eleições indiretas para a escolha do sucessor de João Batista Figueiredo – quinto e último general-presidente do regime militar –, que deveriam ocorrer em novembro de 1984. Contra essa possibilidade, exatamente um ano antes, em novembro de 1983, fora lançada a campanha 'Diretas Já!' para presidente, organizada por um comitê suprapartidário. No âmbito desta campanha – cujo objetivo era fazer passar a emenda do deputado Dante de Oliveira, que restabeleceria a eleição direta para presidente da República – foram organizados comícios em vários estados, reunindo um milhão de pessoas na Candelária (Rio de Janeiro), e mais de um milhão no Anhangabaú (São Paulo). Embora derrotada a emenda das eleições diretas, e sendo realizadas eleições indiretas, o movimento resultou na eleição do candidato de oposição, Tancredo Neves, para o primeiro governo civil do período da redemocratização, que passou a ser denominado de Nova República.[3]

No auge deste contexto reformista, ocorre em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao contrário das conferências anteriores, de cunho fechado e de participação exclusiva de profissionais e tecnocratas do setor, pela primeira vez, uma conferência teve o caráter de consulta e participação popular, contando com representantes de vários setores da comunidade, resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências (estaduais e municipais) e em reuniões promovidas pelas mais variadas entidades e instituições da sociedade civil. Estima-se que somente da reunião em Brasília participaram quatro mil pessoas, dentre as quais mil delegados eleitos nas atividades preparatórias.

---

3 Tancredo Neves faleceu antes da posse e o governo foi assumido por José Sarney que, *grosso modo*, manteve o ministério composto por Tancredo.

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida.

Dentre os principais destaques do relatório final da conferência incluiu-se o tópico "A Saúde como Direito". Alguns de seus itens explicitavam que:

> *1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.*
>
> *2) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.*
>
> *3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.*
>
> *4) Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.*
>
> *5) Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, (....); alimentação para todos, segundo as suas necessidades; (....).*
>
> *6) As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.*
>
> *7) A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.*
>
> *8) A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.* (Brasil. MS, 1987:382-384)

Como afirma Luz (1987:136), comentando o significado da 8ª CNS,

> *(...) a noção de saúde tende a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou ausência de patologias).*

Como desdobramento da Conferência Nacional, foi proposta a realização de conferências de temas específicos, dentre os quais as de saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, recursos humanos em saúde e a de saúde mental.

As outras conferências foram realizada logo após a 8ª, ao passo que a de saúde mental encontrou grandes dificuldades para sua efetivação, pois o Ministério da Saúde ofereceu muita resistência à sua convocação. Ocorria que a orientação político-ideológica da direção da Divisão Nacional de Saúde Mental diferia substancialmente da orientação do MTSM, que havia proposto, na 8ª, a realização da conferência da Saúde Mental. Ao constatarem a posição do Ministério da Saúde, alguns membros do MTSM, que assumiam cargos estratégicos de direção nas unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental do próprio Ministério da Saúde, ou em secretarias estaduais e municipais de saúde, ou ainda em universidades importantes, decidiram convocar conferências estaduais e municipais independentes com vistas à organização da Conferência Nacional, mesmo sem a participação do Ministério. Desse modo, ainda em 1986, foram realizados o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (Infante et al., 1986) e, de 12 a 14 de março de 1987, a I Conferência Estadual de Saúde Mental do mesmo estado, nas dependências da UERJ, da qual participaram cerca de 1.200 pessoas. Ao mesmo tempo, e conseqüentemente, outras conferências e encontros foram realizados em alguns estados e municípios.

Paralelamente, vinha ocorrendo em São Paulo um importante processo de renovação do MTSM, que passou a assumir grande importância nos rumos do Movimento. De acordo com Yasui (1989:50), em 1985, durante o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, organizado não pelo movimento, mas pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, "após os discursos oficiais de abertura, dezenas de profissionais ergueram-se de suas cadeiras na platéia e anunciaram um protesto coletivo" (1989:50). Começava, assim, a surgir o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental.

No contexto do embate pela realização da Conferência Nacional, o plenário organizou alguns encontros nos quais discutia-se "a necessidade de criação de um Fórum Independente" onde fosse possível "criticar livremente as políticas oficiais para o setor saúde mental", bem como "refletir sobre as nossas práticas, nossos desejos e nossa organização" (MTSM, 1987a:1). Um desses encontros, ocorrido em janeiro de 1986, contou com a participação de Franco Rotelli, então secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria e também diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste, desde a saída de Franco Basaglia. Neste evento, Rotelli atentou para o fato de que o problema da

exclusão nas sociedades ocidentais era muito mais uma questão cultural do que meramente econômica. Em suas palavras:

> *De qualquer modo, o problema da exclusão é uma das principais questões que não resolvemos e que nem as sociedades avançadas resolveram. Existem sociedades que alcançaram uma aceitável situação econômica, um aceitável nível de democracia, um aceitável nível de relativa igualdade entre as pessoas, no que se refere às condições de vida; mas onde o problema de exclusão não só não foi resolvido, mas foi sendo agravado. Isto não apenas em relação à questão do louco, mas inclui, ainda a questão dos idosos, das crianças. (....) Creio que quando, sem nenhuma questão de onipotência, afirmamos que é necessário enfrentar prioritariamente a questão do hospital psiquiátrico, que colocamos o problema do manicômio em primeiro lugar, é porque é aí onde, paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão; a existência do manicômio é a confirmação, na fantasia das pessoas, da inevitabilidade deste estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação, que as coisas são assim e serão sempre igual. Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Este papel pedagógico, num sentido negativo, do hospital psiquiátrico é o que nós técnicos devemos por em discussão se não quisermos avalizar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo, cultural.* (Rotelli, 1986:2-3)

Nas palavras de Rotelli, pode-se antever a dimensão de ruptura que estava sendo iniciado no Movimento. Passa a prevalecer o entendimento da noção de desinstitucionalização em sua dimensão mais propriamente antimanicomial. No campo teórico-conceitual, é a influência da tradição basagliana que propiciará a ruptura mais radical nas estratégias e princípios do MTSM daí em diante.

Em outubro de 1986, o Plenário organizou, agora já de forma independente, o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, com o tema saúde mental e cidadania.[4] Tornando-se arena de vigorosos conflitos entre os participantes do MTSM comprometidos com a administração estadual e a tendência emergente no próprio Movimento, este evento possibilitou o aparecimento de novas lideranças e projetos no âmbito do Movimento. O termo plenário era utilizado com dois objetivos principais. Primeiro, para demarcar uma diferença em relação ao MTSM, que vinha sendo comandado por lideranças consideradas ultrapassadas e, acima de tudo, por lideranças muito comprometidas com o poder público. Segundo, com o propósito de imprimir um compromisso com a dinâmica participativa e democrática.

A tendência inaugurada pelo Plenário foi fortemente reforçada nas discussões e encaminhamentos do III Encontro da Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria, que ocorreu em Buenos Aires, em dezembro de 1986. Participaram importantes expressões do movimento internacional, como Felix Guattari, Franco Rotelli, Robert Castel, Franca Basaglia, dentre outros, além de antigos e novos participantes do Movimento brasileiro.

---

4 Publicado posteriormente em livro do mesmo título (AAVV, 1990).

Em meio a este contexto, com a realização de algumas conferências estaduais, a I Conferência Nacional de Saúde Mental foi, finalmente, convocada para junho de 1987, tendo sido realizada no Rio de Janeiro, na UERJ. No entanto, a DINSAM e a ABP, promotoras do evento, ameaçaram abandonar a Conferência, na medida em que a plenária de instalação rejeitou o regulamento que tentava impor aos participantes um evento de caráter técnico e congressista. Compartilhando da posição que defendia uma conferência de natureza participativa, a exemplo da 8ª CNS, encontraram-se novos e antigos militantes do MTSM que, desta feita, puderam estabelecer uma aliança e uma agenda comum. 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 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.

Desta forma, paralelamente à I CNSM, o MTSM realizou algumas reuniões para discutir os rumos e as estratégias do Movimento. No documento final destes encontros, refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, quando já chamava a atenção para a necessidade de 'desatrelamento' do aparelho de Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para a intervenção na sociedade. Tal intervenção deveria encaminhar a discussão dos problemas e das formas de solução para o campo de uma ação sociocultural que colocasse no seio da sociedade o debate sobre os variados aspectos relacionados à loucura e à psiquiatria. O lema então consolidado, por uma sociedade sem manicômios, é a mais forte expressão dessa nova estratégia e desta ruptura epistemológica e política (MTSM, 1987a). Como proposta de desdobramento das ações do Movimento, decidiu-se ainda pela organização de um II Congresso Nacional do MTSM (o primeiro havia sido realizado em janeiro de 1979, em São Paulo), que desenvolveu-se com base em três eixos de discussão:

> *1. Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.*
> *2. Organização dos trabalhadores de saúde mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.*
> *3. Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação. (A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar* (MTSM, 1987b:04)

Este II Congresso foi realizado nos dias 03 a 06 de dezembro de 1987 em Bauru, escolhida pelo fato de estar sob uma administração progressista, inclusive com expressivas lideranças do Partido dos Trabalhadores à frente da Secretaria Municipal de Saúde, o

que facilitava, política e administrativamente, a realização do evento. Em um clima de grande participação e entusiasmo, realizou-se um congresso realmente inovador, no qual lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como força ativa no esforço de construir opinião pública favorável à luta antimanicomial. Quanto a este aspecto, um documento do MTSM faz as seguintes considerações:

> *Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. (...) Nossa atitude marca uma ruptura. A recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita 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.* (MTSM, 1987b:04)

A ruptura é exatamente esta: mesmo que nesta fase de transição ainda se faça referência predominante aos trabalhadores de saúde mental, sob a influência do Plenário, o Movimento retornava às suas teses originais -- agora mais clara e radicalmente. Passava a perceber a inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições, próprias da trajetória institucionalista, de ocupação e de aliança com o Estado. Em outras palavras, resgatava o tom inicial de suas origens, quando denunciava a psiquiatrização, a institucionalização, e partia para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade. Como conseqüência, a função e a vocação dos técnicos deveria ser redefinida e redimensionada. Em resumo, o movimento saía do campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo assistencial, ultrapassando-o estratégica e conceitualmente.

Assim, no campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, com o lema 'por uma sociedade sem manicômios', ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento.

O cenário então iniciado tinha outras características inovadoras. A principal delas foi, no campo sociocultural, o surgimento de um novo ator no Movimento pela reforma psiquiátrica: as associações de usuários e familiares. Em São Paulo, em torno do Juqueri, foi criada uma associação de usuários, familiares e voluntários que dava o tom desse protagonismo: Loucos Pela Vida! Outras entidades mais antigas, como a SOSINTRA – criada em 1979, no Rio de Janeiro, que vinha tendo papel secundário ou utilitarista, voltada para o objetivo de aglutinar familiares e envolvê-los no tratamento, nos moldes das terapias de família ou grupos de auto-ajuda – a partir desse momento, tinham outra atuação – participando efetivamente dos projetos de criação de novas práticas e modalidades de cuidado e atenção, e na luta política pela transformação do modelo hegemônico asilar. Muitas outras entidades começaram a ser organizadas (Associação Franco Basaglia/SP,

Associação Franco Rotelli/Santos, ADDOM/São Gonçalo, Associação Cabeça Firme/Niterói etc.) e passaram a merecer papel significativo no quadro do Movimento por uma Sociedade sem Manicômios quando o próprio MTSM passava a perder sua marca, de trabalhadores de saúde mental, na medida em que esses novos atores, não trabalhadores de saúde mental, se incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. Com o processo de reforma psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural, com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis.

O Congresso de Bauru inaugurou uma nova etapa, em que alguns outros eventos vieram a somar-se na consolidação da tendência que então se iniciava. Em 1988, o I Encontro do Fórum Internacional de Saúde Mental e Ciências Sociais (INFORUM), no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, com temário voltado para as relações entre loucura e complexidade e a psiquiatria democrática italiana; o simpósio A Transformação da Psiquiatria Italiana: história, teoria e prática, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a participação de importantes autores da tradição basagliana; o I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, realizado pela Cooperação Italiana em Saúde e Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, em Salvador; em 1990, a conferência *Reestruturación de la Atención Psiquiátrica en la Región*, promovida pela OPAS/OMS, Caracas, com a participação de muitos brasileiros e que reafirmou alguns dos princípios da estratégia da desinstitucionalização; e, finalmente, o seminário *Manicômios: como viver sem eles?*, na FIOCRUZ, também em 1990.

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

O surgimento do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (São Paulo. SES, 1982) – em São Paulo, no ano de 1987, passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o País. Conforme projeto original de implantação (São Paulo. SES, 1986:02), o CAPS tinha como objetivos

> *criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (....) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário.*

Na opinião de Pitta (1994:647), uma das idealizadoras do CAPS,

> *as vivenciadas estruturas de 'hospital-dia' desde os anos 40 na França, as ainda anteriores experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones na Escócia, os Centros de Saúde Mental nos anos 60 nos EUA, os Centros de Saúde Mental da Itália nos anos 70/80 como substitutivos dos manicômios são fontes inspiradoras universais. Entretanto, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi uma denominação encontrada na Manágua revolucionária de 1986, onde, a despeito de todas as dificuldades materiais, utilizando-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas, para desenvolver uma criativa experiência de reabilitar ou habilitar pessoas excluídas dos circuitos habituais da sociedade, por portar algum transtorno mental.*

Por outro lado, em 03 de maio de 1989, o processo de reforma psiquiátrica assumiu repercussão nacional, mediante a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta. A partir da constatação das piores barbaridades, incluindo óbitos, neste hospital psiquiátrico privado, a Prefeitura ordenou a intervenção, com seu posterior fechamento. Isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc.[5] Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira.

De acordo com Nicácio (1994:82-91), os NAPS representavam o eixo fundamental do circuito santista:

> *são regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência. (....) Diferentemente de ambulatórios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território.*

A partir da criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todo o País, muito embora suas concepções, que são distintas, tenham sido anuladas nas mesmas. De qualquer forma, os dados mais recentes do Ministério indicam que existem atualmente cerca de 160 serviços deste tipo, além de 1.410 va-

---

5 A respeito do conjunto da proposta de saúde mental de Santos, com todas as suas bases teóricas, aspectos conceituais e históricos, variações, especificações e análise, cf. NICÁCIO (1994).

gas em hospitais-dia e 1.720 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.[6] Por outro lado, na prefeitura de São Paulo, uma outra experiência importante teve início, com a criação dos Centros de Convivência em praças e jardins públicos e do SOS Louco, para a assistência jurídica e política às vítimas do sistema psiquiátrico. Enfim, uma grande diversidade de serviços e modalidades de atenção e cuidados em saúde mental surgiram neste período, ampliando o teclado de opções terapêuticas e assistenciais do processo de reforma psiquiátrica no País.

No campo jurídico-político, com a grande repercussão – inclusive na grande mídia – da experiência iniciada em Santos, assim como em decorrência dos resultados objetivos desta primeira desmontagem de uma estrutura manicomial e sua substituição por uma proposta de atenção territorial em saúde mental, foi apresentado em 1989 o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Regulamentavam-se os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros "recursos não manicomiais de atendimento" (Delgado, 1989). As principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir deste Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo em que algumas associações de usuários e familiares foram constituídas em função dele. Umas contrárias, outras a favor, o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiram boa parte do interesse nacional.

Estimulados pelo PL 3.657/90, outros estados elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo propósito. Foi o caso do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte.

Fechando com 'chave de ouro' o período em questão, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, entre os dias 01 a 04 de dezembro de 1992. Embora não respeitando as decisões e encaminhamentos da I CNSM, foi um processo extremamente rico. De acordo com o Ministério da Saúde, participaram aproximadamente vinte mil pessoas ao longo de suas três fases, em que foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

No entanto, em que pese a importância dos acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória, muitos novos problemas se apresentaram desde então. Um deles refere-se aos novos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para o aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando

---

6 De acordo com as Portarias 189 e 224 do MS, CAPS e NAPS são sinônimos, ficando ao critério da equipe que o gerencia adotar uma ou outra denominação. As mesmas portarias regulamentam ainda os hospitais-dia, as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, além de outras modalidades assistenciais, que passaram a fazer parte dos recursos ditos antimanicomiais.

estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Em suma, deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional.

Por outro lado, a participação social de entidades e associações de usuários e familiares no processo de reforma psiquiátrica demonstrou que muitas destas podem ser instrumentos aparelhados pelos empresários, ou por demais grupos de interesse contrários ao processo, e que a participação, por si só, não é garantia de democratização ou de opção pelos caminhos mais corretos e melhores para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico.

E, finalmente, em que pesem ainda a participação social, a aprovação de legislações de reforma psiquiátrica e o surgimento de um grande número de serviços, o modelo psiquiátrico asilar tradicional em pouco foi afetado. Até o momento, as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho, entre as principais responsáveis por internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil (Brasil. CFM, 1997).

3

Algumas Considerações Históricas e outras Metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O que entender por reforma psiquiátrica

O objetivo deste texto é identificar e demarcar alguns cenários, atores, temas e debates, considerando determinados aspectos históricos e metodológicos, que sirvam de contribuição para a análise e a problematização do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Ao mesmo tempo em que vão sendo ensaiadas algumas possibilidades de análise, temos como proposta sugerir a seleção dos principais documentos produzidos, originados tanto de fontes primárias quanto secundárias, além de propor uma cronologia de eventos importantes na trajetória deste processo de reforma.

Para efeito da referida investigação, está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

Consideram-se, de acordo com a metodologia aqui adotada, os últimos anos da década de 70 como sendo o início do atual movimento da reforma psiquiátrica. Nessa época, começa a se delinear um projeto tal que se inscreve nesta conjuntura histórica, com características conceituais distintas de outros projetos de transformação a ele anteriores ou contemporâneos.

Entretanto, o conceito de reforma psiquiátrica se apresenta como sendo política e conceitualmente problemático. Para o objetivo pretendido aqui, é importante resgatar à memória que a própria expressão reforma indica um paradoxo – pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às 'verdadeiras' transformações estruturais, radicais e de base. O termo, no entanto, prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político.

Esta tentativa de compreensão do uso do termo reforma pode ser tranqüilizadora e sensata, mas não deixa de indicar uma contradição que, como veremos, talvez termine por possibilitar um desvio de rota na trajetória da reforma psiquiátrica.

Vimos que Rotelli (1990, 1994) reserva a expressão reforma para os modelos psiquiátricos inglês, francês e americano. Em seu entender, estes modelos não passaram de simples tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica.

Proposta de periodização da reforma psiquiátrica brasileira – uma síntese cronológica das principais trajetórias e cenários

Quando se iniciam as reformas?

É certamente muito difícil procurar definir quando se inicia o processo de reforma da prática e do saber psiquiátrico. Tanto na França, com o aparecimento do primeiro asilo psiquiátrico com Pinel, quanto no Brasil, a partir da criação do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, é possível localizar críticas, resistências e projetos de mudança das instituições e das práticas da psiquiatria. Contudo, conforme o preâmbulo, pretende-se, aqui, enfocar a reforma psiquiátrica brasileira como um processo que se inicia em fins da década de 70, com o surgimento de um novo ator, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha, durante um longo período, o principal papel, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas.

Para efeitos metodológicos, talvez seja mais correto pensar em uma periodização composta de trajetórias do que propriamente por etapas ou conjunturas apenas. A idéia de trajetória permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático-discursiva, do que de uma determinada conjuntura.

Desta forma, o período que vai da constituição da medicina mental no Brasil, em meados do século XIX, até as primeiras décadas deste século, mais precisamente até a Segunda Grande Guerra, será aqui considerado como a trajetória higienista – que diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder, em uma medicina que se autodenomina social (Machado et al., 1978). Sua prática se institui por meio de um tipo de poder denominado disciplinar, auxiliar na organização das instituições, do espaço das cidades, como um dispositivo de controle político e social que, para Birman (1978), é uma psiquiatria da higiene moral.

Após a Segunda Guerra, não apenas nos países mais diretamente vitimados, tais como a Inglaterra, a França ou os Estados Unidos, mas também em grande parte do ocidente, inclusive no Brasil, surgem as experiências socioterápicas, como a comunidade terapêutica inglesa, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas. Terminam por constituir, após o advento da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana, a trajetória da saúde mental. É quando a arcaica concepção de prevenção da psiquiatria higienista, outrora denominada de profilaxia, passa a superar a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental. Neste pro-

jeto, a psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica e à prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental.

A partir de então, uma série de experiências são desenvolvidas no Brasil, inspiradas no preventivismo ou nos modelos das comunidades terapêuticas, na psicoterapia institucional e no 'setor'. Também os planos empreendidos por políticas públicas expressam este projeto e participam desta trajetória. Dentre estes, os principais exemplos são: o 'Manual de Assistência Psiquiátrica', do INPS (Brasil. MPAS/INPS, 1973), e o 'Plano Integrado de Saúde Mental'/PISAM (Brasil. MS/DINSAM, 1977), chamando a atenção para o fato de que, em 1970, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) passa a denominar-se Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Nesta trajetória, em vários estados, são implantados planos sob tais concepções, dos quais destacam-se São Paulo e o Rio Grande Sul. Este último foi, por muitos anos, o berço do preventivismo nacional.

De qualquer forma, é importante assinalar que o surgimento de uma trajetória não implica que a anterior não coexista. Por exemplo, a trajetória higienista não deixa de existir com o aparecimento da trajetória da saúde mental. Não se trata, aqui, da construção continuísta da história da psiquiatria, mas do relato do surgimento de algumas práticas (reunidas sob o conceito de trajetória) que se diferenciam do modelo psiquiátrico clássico.

Retornando à questão do processo de reforma psiquiátrica brasileira que se pretende abordar, o subdividiremos, apenas para fins metodológicos, em três momentos.

O primeiro, de início da reforma, pode ser considerado como a trajetória alternativa. Para a periodização (como proposta aqui) da atual reforma psiquiátrica brasileira, é significativa a conjuntura dos últimos anos do regime militar autocrático, quando assiste-se inicialmente ao fim do 'milagre econômico', com o conseqüente processo de distensão-abertura democráticas. Este é um momento em que a estratégia autoritária começa a defrontar-se com o seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da sempre crescente perda de participação e ingresso social das classes médias e baixas. O 'necessário afrouxamento' da censura faz transparecer as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos, que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho. Aqui são plantadas as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos e entidades da sociedade civil. Nesta conjuntura, crescem os movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começam a demandar serviços e melhorias de condições de vida.

É neste contexto que surgem as primeiras e importantes manifestações no setor saúde, com a constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e do REME, decorrentes seja da própria necessidade de discussão e organização das políticas de saúde (o que já vinha ocorrendo no interior dos sindicados de trabalhadores do ABCD e das Comunidades Eclesiais de Base), seja da necessidade de discutir as práticas das categorias dos profissionais da saúde.[1] Em 1978, estas entidades consolidam uma participação política efetiva, quando torna-se mais visível o crescimento dos movimentos populares de oposição ao regime, dentre os quais eles próprios, que tornam-se conhecidos e im-

---

1 A esse respeito, ver AMARANTE (1992).

portantes não apenas para o setor saúde, mas para a conjuntura política em geral. Como espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde, o CEBES e o REME co-possibilitam a estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.

Dentre os movimentos emergentes, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que, originado em grande parte pelo CEBES e pelo REME, assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que incluiu torturas, corrupções e fraudes.

É principalmente a partir destas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É neste momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. Neste período, passam a merecer importância as obras de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Basaglia, Illich, dentre tantos outros, inclusive no campo mais geral da filosofia, sociologia, antropologia e ciências políticas, muitos dos quais vindo ao Brasil para participar de eventos. Começam a chegar até nós os relatos da experiência de Gorizia, da Psiquiatria Democrática (lideradas por Basaglia) e da Rede Alternativas à Psiquiatria, fundada em Bruxelas, em janeiro de 1975.

Um marco para o surgimento do MTSM é o que se denomina 'crise da DINSAM', que funciona como uma espécie de estopim, possibilitando ao movimento assumir uma repercussão nacional. 'Crise da DINSAM' é como fica conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas deflagrado no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro trimestre de 1978, por um grande número de 'bolsistas', na verdade, profissionais que atuam na prestação de assistência nas unidades. A mobilização dos bolsistas encontra eco no CEBES, por um viés voltado principalmente para a crítica ao modelo sanitário brasileiro, e no Sindicato dos Médicos, recém-assumido pelo REME, no qual destaca-se fundamentalmente o viés corporativo/trabalhista.

O que parece ser uma questão restrita ao Rio de Janeiro acaba repercutindo pelo País, e isto por algumas razões. Por um lado, pela expressão que o Rio de Janeiro tem como ex-capital federal e como capital cultural do Brasil e, por outro, pelo fato de ocorrer no âmbito de um órgão federal, onde pode-se constatar um verdadeiro escândalo pela forma como o Estado administra a assistência aos doentes mentais. Na época, a questão é bastante divulgada e debatida na imprensa e no interior de entidades expressivas da sociedade civil. Em processo em muito semelhante ao ocorrido na Europa, durante o pós-guerra, a sociedade brasileira mostra-se perplexa com a violência com a qual as instituições públicas tratam os seus cidadãos enfermos ou sem recursos. A violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie.

Dos pequenos núcleos estaduais organizados em 78, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais, o MTSM constitui-se como força

nacional por ocasião do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ainda no mesmo ano, e, já em janeiro do ano seguinte, organiza seu primeiro e próprio congresso em São Paulo.

O segundo momento da reforma psiquiátrica é o da trajetória sanitarista, iniciado nos primeiros anos da década de 80, quando parte considerável do movimento da reforma sanitária, e não apenas o da psiquiátrica, passa a ser incorporado, ou a incorporar-se no aparelho de Estado. Resultado: por um lado, de uma tática desenvolvida inicialmente no seio do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que, com o fim da ditadura, renovam-se as lideranças da tecnoburocracia. Por outro, se constitui como proveniente de uma outra tática – esta de iniciativa do Estado – de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com o objetivo de alcançar legitimidade, seja para reduzir os problemas agravados com adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista.

A influência das diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde faz-se sentir com maior ênfase neste momento, quando ressaltam-se os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária. Merecem destaque aspectos como a universalização, a regionalização, a hierarquização, a participação comunitária, a integralidade e a eqüidade.

Certamente, este é um momento vigorosamente institucionalizante. Os marcos conceituais que estavam na base da origem do pensamento crítico em saúde – como a reflexão sobre a medicina como aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências, as incursões sobre uma determinação social das doenças, o reconhecimento da validade das práticas de saúde não-oficiais – dão lugar a uma postura menos crítica onde, aparentemente, parte-se do princípio que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades.

Cresce, assim, a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde: basta saber colocar em ordem os serviços, os recursos, as instituições, que tudo se resolverá. Deixa-se de refletir sobre o papel dos técnicos, das técnicas e da medicina ocidental na normatização das populações, na construção de saberes hegemônicos sobre saúde. A anteriormente criticada tradição da história natural das doenças (Leavell & Clark, 1976), assim como a do planejamento normativo (CPPS/OPAS, 1975), parecem estar absolutamente esquecidas. É bem verdade que o aparecimento das correntes do planejamento estratégico (Testa, 1985) e/ou situacional (Matus, 1978) vêm resgatar antigas questões e conceitos, mas a prática administrativa não consegue superar o estilo normativo.

Um marco deste período é a denominada 'co-gestão', implantada entre os ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais da DINSAM. Quase que ao mesmo tempo, surgem iniciativas de gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos de saúde mental em muitas partes do País, conduzidas com a participação de militantes do MTSM.

O Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social (PS), do CONASP (Brasil. MPAS, 1983a, b, c), no auge do sucesso da co-gestão e das experiências locais de integração interinstitucional, vem consolidar este período, pois significa a participação efetiva da Previdência Social – maior arrecadador e financiador

do sistema de saúde – nas políticas públicas de assistência médica. O plano do CONASP desdobra-se nas Ações Integradas de Saúde, em 1985, que constituem os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), preparando o terreno para a confecção do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje impresso na Constituição. Cabe lembrar que a proposta do SUS foi originalmente apresentada pelo CEBES no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979 (CEBES, 1980b).

O período da Nova República representa o auge desta tática de ocupação dos espaços públicos, na medida em que traduz um relativo consenso nacional em torno da eleição de Tancredo Neves, com a conseqüente construção de um projeto 'popular e democrático'. Neste período, o movimento sanitário confunde-se com o próprio Estado. É neste contexto que é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitando, pela primeira vez, a participação de entidades e representações da sociedade civil em um evento com esta dimensão (o que antes era reservado apenas aos tecnoburocratas e aos *lobbies* do empresariado de interesses na área). É nesta Conferência que a expressão reforma sanitária torna-se um lema nacional, adotado com significativa amplitude pelos mais variados segmentos da sociedade e, certamente, como um instrumento tático de mobilização social em torno de uma reestruturação do setor saúde.

Paralelamente a estas iniciativas oficiais, que contam com o apoio ou a participação significativa de segmentos do MTSM, existem outras, como os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1985), posteriormente estendida às demais regiões. Acontece também a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, embora, como veremos, a contragosto da DINSAM.

Os participantes do MTSM, situados em postos-chave da administração pública, tomam a iniciativa de organizar conferências municipais e estaduais por todo o País, vislumbrando até mesmo a organização da Conferência Nacional sem a participação da DINSAM.

No campo específico da saúde mental, a I CNSM marca o início do fim da trajetória sanitarista. Desde a decisão de organizá-la até a sua realização, é marcada por uma série de conflitos entre os membros do MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os dirigentes da DINSAM. Alguns servem de exemplo para caracterizar o que se passa neste momento.

Em primeiro lugar, a DINSAM, com o apoio da ABP, deseja realizar um encontro de caráter congressual, isto é, um congresso de técnicos, principalmente psiquiatras, o que representaria um retrocesso em relação à 8ª CNS. Em segundo, a DINSAM, temerosa de perder o controle da situação durante a Conferência, considerando a expressão que assume o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste e os encontros que o sucederam, decide constituir uma comissão organizadora e, desde antes da Conferência, uma comissão de redação e encaminhamento dos desdobramentos, também composta exclusivamente de técnicos.[2] Em terceiro, a DINSAM não prevê a organização de

---

2 Na plenária de instalação, todas as propostas foram rejeitadas e, na plenária final, foi eleita uma comissão composta por participantes da Conferência, posteriormente recusada pela DINSAM, que decidiu por constituir uma terceira comissão. A Comissão Nacional de Fiscalização e Acompanhamento foi eleita na I CNSM "com a finalidade de encaminhar uma campanha de esclarecimentos sobre os debates e resultados desta conferência e agilizar as propostas deste Encontro, bem como organizar a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Sendo esta Comissão oficialmente escolhida neste evento, deverá contar com o apoio concreto da DINSAM para viabilizar suas contribuições" (Brasil/MS/DINSAM, 1988).

grupos de discussão, o que só vem a ocorrer após muita pressão por parte dos participantes. Um quarto aspecto diz respeito à participação, como delegados nas conferências, de usuários e familiares, a exemplo do ocorrido na 8ª Conferência, condição, contudo, não aceita pela DINSAM.

Neste quadro de confronto político, sucede ainda que a DINSAM vinha postergando a realização da Conferência. Isto faz com que os membros do MTSM incorporados em postos de direção municipais e estaduais tomem a iniciativa de organizar conferências nos seus níveis de influência, para, assim, forçar a realização da nacional ou, como concreta possibilidade, realizar uma conferência independente. Assim são realizadas algumas conferências estaduais e municipais. Para dar desdobramento ao que fora iniciado pela oitava e, mais, com o intuito de aprimorá-la e de avançar em determinados aspectos, muitas inovações são introduzidas. A principal delas diz respeito a uma melhor distribuição das vagas de delegados entre representantes de instituições e órgãos públicos, e entre representantes da sociedade civil. Desta forma, passam a merecer um destaque singular as organizações de usuários, de psiquiatrizados, de familiares, que, embora existissem desde algum tempo, encontravam muito pouco espaço para expressarem suas opiniões e projetos nas instâncias oficiais de participação.

Por outro lado, no cenário internacional, voltam a merecer uma atenção mais qualificada as experiências decorrentes da tradição basagliana, sobre as quais existia uma certa desconfiança quanto à possibilidade de êxito, após a morte de Franco Basaglia. De fato, e não apenas para o Brasil, a experiência de Franco Basaglia permaneceu em um certo estado de latência por um período de cerca de dez anos. A realização do III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em dezembro de 1986, na cidade de Buenos Aires, do qual participaram muitos militantes do MTSM, propiciou uma profunda reflexão quanto ao seu trabalho e pensamento.

O 'fracasso' das experiências que se pretendiam 'alternativas' ao modelo da psiquiatria clássica em todo o mundo – demonstrado não apenas por Basaglia, mas também por Foucault, Castel, e, dentre nós, Joel Birman & Jurandir Freire Costa (1994) – fazia crer que era impossível transformar a realidade da psiquiatria e das instituições psiquiátricas de uma forma radical. Cabe ressaltar que, pelo termo 'alternativas', era possível abarcar tudo aquilo que não fosse a psiquiatria tradicional, asilar, que ia da psiquiatria preventiva às técnicas sanitaristas de organização do subsistema de saúde mental (entenda-se a atenção primária, os cuidados básicos de saúde mental etc.). O início da trajetória institucionalizante do sanitarismo traduz, de uma certa forma, o que Basaglia denominava 'o culto do pessimismo' (Basaglia, 1981:254).

Assim é que o início da trajetória institucional da estratégia sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.

Durante a I Conferência, o MTSM decide organizar uma reunião paralela ao evento, para rever suas estratégias, repensar seus princípios, estabelecer novas alianças.

A I CNSM marca o fim da trajetória sanitarista e o início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Aqui é tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em de-

zembro do mesmo ano, quando é construído o lema 'por uma sociedade sem manicômios'. É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou que surge o Projeto de Lei 3.657/89.[3] Nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o País.

O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que, apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social.

Outra explicação ainda pode ser encontrada no fato de que a tradição sanitarista fala muito pouco sobre pessoas e muito de números, de populações, sem conseguir escutar as diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre. Os planos de saúde criam mecanismos de referência e contra-referência, de controle epidemiológico, de padrões de atendimento, mas não conseguem interferir no ato de saúde, no contexto da relação entre profissional e usuário. Os planos sanitaristas não conseguem transformar o papel de burocratas da saúde, ou de funcionários do consenso, como insistia Basaglia (utilizando a idéia de Gramsci). Os planos sanitaristas, por mais que permitam a implantação de ambulatórios de acupuntura, homeopatia ou de fitoterapia, não conseguem crer, de fato, em outros saberes não originados do positivismo médico, que terminam por entronizar o modelo alopático, que se torna tão mais hegemônico quanto mais logra incorporar tecnologias de ponta.

Outra hipótese é a de que a tradição sanitarista tende a induzir a uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação. Quer dizer, conduz à idéia de que, para transformar uma pequena coisa, é sempre necessário transformar todas as coisas por meio da implementação de grandes políticas de saúde. Em outras palavras, é preciso mudar a Política Nacional de Saúde Mental para que uma pessoa seja bem atendida, seja ouvida e cuidada. Talvez esta seja uma reviravolta fundamental ocorrida após a I CNSM. A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades.

---

3 É interessante ressaltar o fato de que o Projeto de Lei 3.657/89 estimulou o debate sobre a loucura em todo o País. Até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara dos Deputados, encontrando dificuldades no Senado, onde recebeu o nº 08/91-C. Porém, seu aparecimento possibilitou muitas discussões e estimulou a apresentação de projetos de lei em muitos estados. Até 1993, os estados que possuíam projetos tramitando nas Assembléias Legislativas eram: Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. E aqueles que possuíam a Lei aprovada: Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco.

A partir da I CNSM, surgem novos atores no cenário das política de saúde mental: são os loucos, os loucos pela vida. É o caso das associações de familiares e usuários, como a SOSINTRA (RJ) – associação de problematizados mentais e seus familiares, que, embora criada em 1979, somente neste momento passa a merecer um papel de destaque –, ou da Associação Franco Basaglia (SP), dentre muitas outras. A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.

O lema 'por uma sociedade sem manicômios', apesar de seu apelo negativo (no sentido de uma sociedade sem e não com alguma coisa nova), retoma a questão da violência da instituição psiquiátrica e ganha as ruas, a imprensa, a opinião pública. É certamente um lema estratégico e é assim que deve ser contextualizado, quando propositadamente utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer.

No Congresso de Bauru, surge ainda a idéia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial,[4] realizado anualmente, e propicia a participação no movimento, não apenas neste dia, mas no processo como um todo, e, a partir de então, de psiquiatrizados, familiares, artistas, voluntários, intelectuais, enfim, de todos aqueles que compreendem o teor do movimento e desejam nele se engajar.

A mobilização se dá num nível tal que mesmo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) decide constituir a Associação de Familiares de Doentes Mentais (RJ), iniciativa que se reproduz em outras cidades e estados, mas que traduz um novo momento da reforma psiquiátrica brasileira.

Convém, no entanto, não desvalorizar o fato de que a trajetória sanitarista, apesar de seus desvios de rota, acima discutidos, representa um avanço sob alguns aspectos. Primeiro, porque é preciso considerar as conjunturas em que se situa, pois são períodos de difíceis enfrentamentos, seja com os empresários da loucura, seja com os adeptos da psiquiatria clássica, organicista, institucionalizante ou mesmo violenta e repressora. E não foram poucas as vezes em que estes enfrentamentos se deram em níveis literalmente violentos, com agressão física, ameaças, perseguições. No caso dos hospitais da DINSAM, por exemplo, que nos tempos do regime militar foram utilizados para a tortura e o 'desaparecimento' de presos políticos, e instrumentalizados para servir às empresas da loucura, existiram sérias intervenções, marcando decisivamente aqueles que delas foram objeto.

É preciso, desta forma, entender que este período foi, também, um período de abertura concreta de espaços no interior das instituições, com o afastamento das velhas lideranças, comprometidas com a empresa da internação psiquiátrica, ou com a psiquiatria conservadora, ou, ainda, com a prestação de serviços à repressão. Paralelamente ao

---

4 Originalmente previsto para o dia 13 de maio, data da aprovação da Lei 180, na Itália, e também da Abolição da Escravatura, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial terminou sendo comemorado no dia 18 do mesmo mês. Por ironia do destino ou mera coincidência, 13 de maio é também a data de nascimento de Lima Barreto (1881-1922), autor de *O Cemitério dos Vivos*, de *Diário do Hospício* e de *O Triste Fim de Policarpo Quaresma*.

afastamento daquelas lideranças, existiu a produção de novas culturas, o estabelecimento de uma nova ética, de novas formas de pensar, trabalhar e lidar com os pacientes e com as instituições.

Este processo de transformação deu-se não apenas no sentido da luta cotidiana pela mudança de hábitos, culturas e tecnologias, pela introdução de uma nova ética, mas também por iniciativas de reformulação do papel dos técnicos. Exemplos de tais iniciativas são o Curso de Especialização em Psiquiatria Social, iniciado em 1982, por convênio da Colônia Juliano Moreira com a Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), ou o Programa de Capacitação de Recursos Humanos, do qual a maior expressão foi o Curso Integrado em Saúde Mental, iniciado também em 1982, por convênio do Centro Psiquiátrico Pedro II com o Instituto de Medicina Social, da UERJ (Amarante, 1984), ou ainda pelo Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, dentre outros. Tais iniciativas, estrategicamente, definiram como prioridade a abertura de possibilidades de treinamento e capacitação daqueles profissionais que, por sua condição de afastados da academia, encontravam dificuldades para refletir sobre suas práticas.

Deve-se reconhecer que, apesar da adoção de uma tradição predominantemente sanitarista, o movimento pela reforma psiquiátrica soube conservar um viés notadamente muito menos institucionalizante do que o movimento pela reforma sanitária. Seja pela natureza do tipo de instituição, seja por um não-abandono absoluto às origens de seu pensamento crítico, o fato é que enquanto a reforma sanitária caminhava definitivamente pelos caminhos da institucionalização densa, universal e inquestionável da saúde e da assistência médica, o movimento pela reforma psiquiátrica mantinha-se voltado para a questão da transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução. Mesmo que esta, muitas das vezes, tivesse sido confundida com a mera desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de permanência hospitalar, do número de internações, aumento do número de altas hospitalares etc.). Cabe considerar que, ao lado de uma política progressista de redução do número de leitos psiquiátricos, existiu um proeminente aumento do número de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outros recursos e tecnologias, menos, talvez, no Rio e em mais outros estados.

O estado da arte: os temas, a literatura, os autores

Roberto Machado et al. (1978), em uma obra fundamental e marcante para o pensamento crítico nacional em saúde mental, intitulada *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, abordam o percurso da instalação da psiquiatria no Brasil, desde o período da Colônia até as três primeiras décadas da República, no âmago do projeto político da medicina social, como um projeto de higienização do espaço social, e, ao mesmo tempo, reproduzem as críticas e os debates surgidos em torno deste processo. Este estudo pode ser complementado com os livros de Joel Birman, *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade* (1978) e *Enfermidade e Loucura* (1980), que abordam o campo epistemológico da psiquiatria e suas relações com as práticas sociais, a filosofia e a história; de Antônio Serra, *A Psiquiatria como Discurso Político* (1974); de

José Augusto Guilhon de Albuquerque, *Instituição e Poder* (1980), na mesma linha que os anteriores; de Jurandir Freire Costa, *Ordem Médica e Norma Familiar* (1979), analisando a implementação das práticas médicas no Brasil e sua influência no controle das famílias e das normas sociais; a dissertação de Paulo Amarante, *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)* (1982), que diz respeito ao modelo das Colônias de Alienados, primeiro projeto explícito de reforma da instituição psiquiátrica tradicional; e por fim a de Vera Portocarrero, *Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria* (1980).[5]

Sobre as primeiras décadas do século, existe outro trabalho de Jurandir Freire Costa, *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (1989 – 1ª ed. em 1976), que, a partir da análise do projeto da Liga Brasileira de Higiene Mental – de inspiração nazi-fascista, com um programa racista, xenofóbico e discriminatório contra o louco e a doença mental – discute a prevenção em saúde mental, assim como o papel político, social e ideológico da psiquiatria. Esta obra não apenas contribui para o estudo da história de nossa psiquiatria, mas serve também como outra referência fundamental para a organização do pensamento crítico em saúde mental no Brasil.

Ainda sobre as primeiras décadas do século, chegando até à sua metade, com a abordagem já das origens e dos primeiros desdobramentos tanto da psiquiatria previdenciária quanto da psiquiatria propriamente pública, são fundamentais as dissertações de Tácito Medeiros, *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil* (1977), e de José Jackson Sampaio, *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis* (1988), e o artigo de Heitor Resende, "Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica" (1987), que apresentam os cenários das fundações dos principais hospitais psiquiátricos e das mais importantes iniciativas públicas no setor.

Sobre a psiquiatria social, a psiquiatria comunitária e preventiva e os projetos de reforma, existe o relatório de Joel Birman & Jurandir Freire Costa, "Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária" (1994), que está na base teórica de grande parte do pensamento do MTSM, influente na definição de algumas tendências do movimento, na medida em que, no auge do furor preventivo-comunitarista de origem norte-americana, este texto elabora as linhas mestras sobre as quais, ainda hoje, se pauta a crítica àquele modelo. A produção de Naomar de Almeida Filho (1978, 1986) é também muito importante para a reflexão sobre o projeto preventivista e suas conseqüências. Apesar de que todas essas obras tratarem de períodos remotos da psiquiatria nacional, ou de aspectos conceituais genéricos relacionados às instituições e ao saber psiquiátricos, suas contribuições são importantes na constituição do pensamento crítico da década de 70.

---

5 Embora não seja uma obra 'científica', e não tenha sido produzida no período em questão, em *O Alienista*, de Machado de Assis (1882), perspicaz observador da história e dos costumes, se pode depreender a mais sagaz e contundente das críticas ao projeto de medicalização da sociedade, e o mais eficaz dos questionamentos à pretensa cientificidade da psiquiatria.

Sobre a política privatizante da Previdência Social e a questão da relação público/privado, existem a dissertação de Magda Vaissman – *Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70* (1983), que privilegia o estudo da política previdenciária desde suas origens, chegando até o período do Plano do CONASP e das Ações Integradas de Saúde (AIS); o livro de Luiz Cerqueira, *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental* (1984), cuja coletânea de textos apresenta um quadro geral da assistência pública, das tentativas e projetos oficiais, e das questões pertinentes ao embate público *versus* privado; e os livros de Carlos Gentille Mello, *Saúde e Assistência Médica no Brasil* (1977) e *O Sistema de Saúde em Crise* (1981), como um dos mais importantes autores a tratar da assistência médica no âmbito da Previdência Social. Ainda sobre privatização, estatização, previdência social e políticas públicas existem os livros de Cristina Possas (1981), *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*; de Jaime Araújo Oliveira & Sonia Fleury Teixeira (1985) *(Im)previdência social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*; as dissertações de Maurício Roberto Campelo de Macedo (1981), *Políticas de Saúde Mental no Brasil*, sobre os planos de psiquiatria comunitária; de Ana Pitta (1984), *Sobre uma Política de Saúde Mental*, a respeito das políticas de saúde mental no Brasil; e a de Silvério Tundis (1985), *Psiquiatria Preventiva: racionalização e racionalidade*, mais especificamente sobre o PISAM.

Quanto às iniciativas dos órgãos públicos, são interessantes e importantes os manuais do INPS (Brasil, MPAS/INPS, 1973; Brasil. MTAS, 1974), o Plano Integrado em Saúde Mental – PISAM (Brasil. MS/DINSAM, 1977) – que expressam as tendências preventivistas/comunitaristas no âmbito do estado, e o 'Plano do CONASP' (Brasil. MPAS/CONASP, 1983a, b, c). Já os principais artigos de crítica à co-gestão e ao CONASP podem ser encontrados no periódico *Psiquiatria em Revista*, órgão oficial do Departamento de Psiquiatria da FBH.

Para a pesquisa e a análise dos primeiros passos do MTSM, são fundamentais a *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, o boletim *Conflito* (também da APB), a *Revista Saúde em Debate*, do CEBES (em que destacam-se a proposta original do Sistema Único de Saúde (SUS) e o documento apresentado pela Comissão de Saúde Mental no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados), os *Boletins da Comissão de Saúde Mental*, também do CEBES, e a revista *Rádice*, esta última uma iniciativa editorial privada, de grande importância no final dos anos 70 e início dos 80. Outros documentos importantes são os relativos ao primeiro Encontro do MTSM, em Camboriú, quando o movimento torna-se de âmbito nacional (MTSM, 1978), ao I Congresso em São Paulo (MTSM, 1979), e ao II Congresso de Bauru (MTSM, 1987b). O seminário organizado pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas e o CEBES (IBASE, 1981) contém importantes análises das políticas de saúde mental na década de 70.

Merecem importância, ainda, os documentos oficiais produzidos com a participação dos militantes do MTSM como gestores da administração pública em saúde mental, ou que, se não totalmente produzido pelos mesmos, ao menos sofrem sua influência direta, como é o caso dos *Cadernos de Psiquiatria Social*, da CJM, ou dos Planos Diretores da CJM e do CPPII, ou ainda dos relatórios finais dos Encontros de Coordenadores de

Saúde Mental da Região Sudeste (CSM, 1985, 1987) e da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil. MS/DINSAM, 1988).

Um fato curioso é que, durante este período institucional do MTSM, a produção teórica vive momentos razoavelmente pobres. A situação começa a mudar, também em 1987, com o aparecimento de publicações importantes, como as coletâneas *Cidadania e Loucura*, organizada por Silvério Tundis & Nilson do Rosário Costa (1987) para a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e *Saúde Mental e Cidadania* (1987), em conseqüência do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em outubro de 1986, que não apenas para São Paulo, mas para todo o País, representa um marco: o do surgimento de uma nova tendência no âmbito do MTSM, denominada Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. A listagem prossegue com a coleção *Saúdeloucura*, organizada por Antônio Lancetti (1989, 1990), em que são abordadas novas experiências municipais por Antônio Carlos Cesarino (1989), ou um dos primeiros textos sobre o CAPS Luiz Cerqueira, por Silvio Yasui (1989), ou ainda as bases da psiquiatria italiana na tradição basagliana, por Fernanda Nicácio (1989), que servirão de referência para outros novos serviços, a exemplo do NAPS.

Outra coletânea, organizada por Fernanda Nicácio (1990) marca o fechamento do período. Trata-se de *Desinstitucionalização*, com textos de Franco Rotelli e colaboradores, que reflete o forte retorno da influência basagliana nas novas experiências da psiquiatria brasileira e introduz uma nova concepção para o projeto da desinstitucionalização. Em um ensaio deste mesmo ano, mesma autora apresenta as bases teóricas do Núcleo de Atenção Psicossocial, que representa uma ruptura prático-teórica nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Sobre desinstitucionalização e a tradição basagliana surgem, ainda em 1990, a dissertação e um importante artigo de Denise Dias Barros, respectivamente *A Desinstitucionalização Italiana: a experiência de Trieste* (1990a) e "A Desinstitucionalização é Desospitalização ou Desconstrução?" (1990b).

O tratamento antropológico da questão do adoecer mental pode ser contemplado nas dissertações de Simone Simões Ferreira Soares (1980), *Enlouquecer para Sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência*, e de Luiz Fernando Dias Duarte (1986), *Da Vida Nervosa: pessoas e modernidades entre as classes trabalhadoras urbanas*; nos textos de Gilberto Velho (1976), "Relações entre Antropologia e Psiquiatria'', e Maria Cristina Gueiros Souza (1983), "A 'Doença dos Nervos': uma estratégia de sobrevivência".

Quanto ao estudo das relações entre saúde mental e trabalho é muito importante a dissertação de Pedro Gabriel Delgado (1983), *Mal-Estar na Indústria: contribuição ao estudo das relações entre saúde mental e condições de trabalho*, enquanto a questão das relações entre loucura, justiça e legislação é abordada nas dissertações *A Legislação sobre Doença Mental no Brasil*, de Isaac Charam (1986), e *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio na passagem do século*, de Sérgio Carrara (1987), no artigo "Os Cidadãos e os Loucos no Brasil'', de Regina Marsiglia (1990), e na tese de doutorado de Pedro Gabriel Delgado que, transformada em livro, leva o título *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil* (Delgado, 1992).

Dentre os estudos que abordam períodos mais recentes, e mais especificamente, sobre as experiências que já têm à frente integrantes do MTSM e sobre os novos rumos da saúde mental no País, destacam-se as dissertações: de Maurício Lougon (1987), *Os Caminhos da Mudança: Alienados, Alienistas e a Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica Pública*; de Selma Lancmam (1988), *A Loucura do Outro: o Juqueri no Discurso de seus Protagonistas*; de Vera Portocarrero (1990), *O Dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*; de Ana Teresa Venancio (1990), *Sobre a 'Nova Psiquiatria' no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*; de Lizete Ribeiro (1986), *A Co-Gestão no Centro Psiquiátrico Pedro II*; e de Paulo César Geraldes (1989), *Co-Gestão: um modelo de administração de serviços públicos de saúde*.

A trajetória da desinstitucionalização é caracterizada, sobretudo, pelo surgimento de novos serviços, estratégias e conceitos em saúde mental, com o aparecimento do CAPS, do NAPS, das cooperativas sociais e da retomada da estratégia da reabilitação psicossocial. Sobre o CAPS existem os textos pioneiros de Silvio Yasui (1989), "CAPS: aprendendo a perguntar", e o de Jairo Goldberg (1989), "Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia", além da dissertação deste último (Goldberg, 1992), *A Doença Mental e as Instituições: a perspectiva de novas práticas*. Sobre o NAPS e demais componentes e princípios da experiência santista (cooperativas, associações de familiares e usuários e demais estratégias), existe a dissertação de Fernanda Nicácio (1994), *O Processo de Transformação em Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. As coletâneas *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, organizada por Benilton Bezerra & Paulo Amarante (1992), e *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, organizada por Paulo Amarante (1994), vêm somar-se ao rol das publicações que caracterizam as tendências teóricas e as práticas desse período.

Finalmente, quanto à reabilitação psicossocial, a coletânea organizada por Ana Pitta (1996), *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, que oferece um panorama consistente do debate em torno da questão.

O Estado e as políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica

A década de 70 inicia-se com a transformação da denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o que denota a influência do preventivismo. Assim, os primeiros anos da década de 70 são marcados pelas tentativas, tanto no Ministério da Saúde, quanto na Previdência Social, principal orçamento público no setor saúde, de introduzir planos e programas de caráter preventivista. Neste sentido, destacam-se os programas de psiquiatria comunitária, sob a orientação predominante de Luiz Cerqueira que, contudo, não são minimamente implantados. Em 1971, é lançada a primeira versão do *Manual de Assistência Psiquiátrica*, com referencial preventivo-comunitário, posteriormente conhecido como o "manual do Cerqueirinha", em alusão ao seu principal mentor.

Em junho de 1972, é promulgada a portaria nº 48, do secretário de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social, Aroldo Moreira, que determina que a assistência médica aos beneficiários da Previdência Social "deverá ser prestada prioritariamente nos órgãos próprios das instituições previdenciárias" e que, esgotada a capacidade desses órgãos, poderá ser subsidiariamente prestada por convênios, contratos ou protocolos, respeitada a seguinte ordem de prioridades:

- serviços públicos federais, estaduais e municipais;
- sindicatos;
- instituições filantrópicas e/ou de caridade;
- organizações particulares;
- consultórios particulares.

E mais, sempre que possível, propõe a substituição do regime de remuneração "por unidade de serviço", pelo sistema de remuneração mensal (Mello, 1979). São tentativas que, aparentemente, nadam contra a corrente do autoritarismo e seus subprodutos (clientelismo, corrupção etc.), muito embora não alcancem êxito prático.

A Ordem de Serviço (SAM 304.3), de 19 de julho de 1973, aprova o *Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica* do antigo INPS, que é uma revisão do "manual do Cerqueirinha". Esta OS reorienta a assistência psiquiátrica no INAMPS, dando maior ênfase à assistência extra-hospitalar, à readaptação do doente e à equipe multidisciplinar. Em 1974, é lançada a terceira versão, denominada *Manual de Assistência Psiquiátrica do INPS*. Na prática, estes manuais têm importante influência no pensamento crítico nacional, assim como na formação do campo ideológico público em saúde mental. No entanto, sua aplicação efetiva não acontece, na medida em que os recursos da Previdência Social são destinados prioritariamente à compra de serviços privados (fundamentalmente hospitalares), e estes, por sua força política, não acatam as instruções normativas do INPS. Por outro lado, os investimentos nos serviços públicos não são significativos e a rede própria não tem como desenvolver uma 'política autônoma'. Apesar das boas iniciativas previdenciárias de estabelecer um programa de psiquiatria preventiva, a Previdência Social é absolutamente dominada pela iniciativa privada, que não permite o avanço de programas considerados não-hospitalizantes.

A privatização da assistência médica no subsetor da assistência psiquiátrica é uma das mais vigorosas e, apesar das iniciativas preventivistas e comunitárias oriundas tanto de segmentos da Previdência Social quanto do Ministério da Saúde, o que acontece é uma violenta privatização de caráter hospitalizante no âmbito da mesma. Assim, ocorre com a criação do Plano de Pronta Ação (Portaria nº 39), em 1974, elaborado pelo ministro e empresário psiquiátrico Leonel Miranda, que promove o mais radical e profundo processo de desenvolvimento do setor privado-asilar no Brasil.

A Lei 6.229, de 17 de junho, ao instituir o Sistema Nacional de Saúde, define os campos de atuação do Ministério da Saúde (preventivo/coletivo) e o da Previdência e Assistência Social (curativo/individual), e consolida ainda mais a distância entre os Mi-

nistérios da Previdência Social e da Saúde, o que vem representar um evidente enfraquecimento do último.

Em 1974, inicia-se a Bolsa de Saúde Mental, para alunos do Curso Integrado em Saúde Mental, que propicia a formação de quadros técnicos para as unidades hospitalares da DINSAM. Tornou-se um importante instrumento de formação de pessoal com a ideologia voltada para o desenvolvimento do serviço público e das práticas institucionais em saúde mental. Mas, já a partir de 1976, passa a ser utilizada como expediente de recompor a deficiência de pessoal destas unidades, sem um programa de formação, dando início assim a um processo de mobilização por parte dos bolsistas, que terminará na crise da DINSAM.

Em 1977, são apresentadas, na VI Conferência Nacional de Saúde, as Diretrizes Programáticas de Saúde Mental, que lançam o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), do Ministério da Saúde que, pela primeira vez, concretiza uma política de saúde mental de caráter preventivista em significativa parte do território nacional. O PISAM visa à qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em nível primário – isto é, em centros de saúde e em serviços básicos de saúde em geral. Nos estados do Norte e Nordeste, principalmente, e em alguns estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o programa é relativamente bem implantado. Porém, os resultados são bastante questionados (Mariz & Amarante, 1984; Tundis, 1985), com pouco ou nenhum impacto na atenção aos problemas de saúde mental, quando não ocorre uma produção de novas demandas, sem a resposta, por exemplo, aos egressos da rede hospitalar ou à atenção aos chamados pacientes cronificados. Apesar da implantação do PISAM em muitos estados e em muitos serviços, em pouco tempo, este plano entra em processo de desativação. De qualquer forma, o PISAM recebe duras críticas, oriundas tanto de segmentos do próprio Ministério da Saúde, comprometidos com a psiquiatria biológica e/ou com o setor privado, quanto deste último, por estar em desacordo com os seus interesses. O PISAM só é defendido por aqueles que lutam pela definição de uma política pública de saúde mental.

Em abril de 1978, tem início a crise da DINSAM, com movimento de denúncias nos hospitais desta Divisão, seguido de greve e posterior demissão de 260 profissionais e estagiários, que marca o nascimento do MTSM no Rio de Janeiro.

Neste mesmo ano, o Plano de Pronta Ação (PPA) atualiza os propósitos do Plano Nacional de Saúde/PNS, de 1968, e regula:

- o destino dos hospitais da Previdência;
- o credenciamento dos médicos, dos convênios e a sua renovação;
- a condição para a expansão dos serviços;
- o seguro-saúde privado.

O PPA representa uma consolidação definitiva da privatização da assistência médica no âmbito da Previdência Social. Possibilita, a partir daí, uma imensa proliferação de hospitais psiquiátricos privados contratados pela mesma.

Em 11 de março de 1980, a Portaria Interministerial nº 05 cria a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social, de onde surgirá o processo de

co-gestão do MPAS com os hospitais do MS. Este é um processo bastante significativo, pois marca o início da redefinição do papel das instituições públicas no setor saúde, procurando resgatar a importância destas instituições na prestação de serviços ou no controle dos serviços comprados a terceiros. Uma outra iniciativa, surgida neste mesmo período, trata da criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que dá origem ao PREV-SAÚDE, elaborado por técnicos do MS e MPAS, propondo a extensão da cobertura com hierarquização das ações de saúde. O PREV-SAÚDE preconiza: a atenção primária, a participação comunitária, a adoção de técnicas simplificadas, a integração e a regionalização dos serviços. Por tais princípios, considerados estatizantes e democratizantes, o programa sofre muitos ataques e não chega a ser implantado. Ao contrário da co-gestão, restrita a alguns hospitais públicos deteriorados, o PREV-SAÚDE propunha uma redefinição completa dos órgãos públicos e das relações entre estes e os setores privados. Daí a resistência que se apresenta ao mesmo.

Sendo, em sua origem, uma proposta relativamente restrita no contexto da política nacional de saúde, a co-gestão não sofre resistências tão importantes, o que possibilita a injeção de novos recursos nos hospitais psiquiátricos, dando início a um amplo processo de reformulação técnica e administrativa nestas unidades (Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, e Hospital São Pedro, em Porto Alegre). Mas, logo após o início do processo, começam os ataques e críticas, de um lado pela FBH, principal prejudicada em conseqüência da recuperação das referidas unidades públicas, e, por outro, por parte da psiquiatria clássica, localizada nas universidades e nas associações de psiquiatria, considerando que os quadros responsáveis pela operação de transformações são oriundos, principalmente, do MTSM e comportam um certo tipo de ideologia psiquiátrica que lhes é ameaçadora.

Considerando os resultados da co-gestão, o agravamento da 'crise financeira da Previdência' e o crescimento de uma geração de novos quadros na saúde, que têm não apenas um pensamento, mas uma prática crítica com relativos sucessos nas várias experiências localizadas, em 02 de setembro de 1981, pelo Decreto de nº 86.329, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. O CONASP representa, de certa forma, a ampliação para a política da Previdência Social dos pressupostos da co-gestão, ou seja, a definição de uma política de saúde pública, o resgate do sistema público de saúde, a definição de uma política de pessoal, a responsabilização pelo setor público na formulação e controle da assistência, mesmo do setor contratado.

Como conseqüência do desenvolvimento prático da co-gestão, na Colônia Juliano Moreira é criado, em 1982, o Hospital Jurandir Manfredini, autodefinido como o primeiro serviço verdadeiramente 'alternativo' de assistência psiquiátrica, muito embora sua trajetória pouco terá de alternativa ao modelo asilar tradicional. Na mesma Colônia, e neste mesmo ano, é iniciado o I Curso de Especialização em Psiquiatria Social, em convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de formar quadros dirigentes para a administração do processo de reforma (Delgado, 1982). Em novembro, é lançada pelo CEPS a publicação *Cadernos de Psiquiatria Social*, posteriormente denominada de *Cadernos do NUPSO* (Núcleo de Pesquisas Sociais em Psiquiatria Social).

Ainda em 1982, na gestão Paulo Mariz à frente da DINSAM, que dá início à co-gestão, são elaboradas as diretrizes para uma política de saúde mental, onde o órgão assume uma proposta preventivo-sanitarista de caráter francamente antiprivatizante. Embora o documento pouco sirva para influenciar verdadeiramente a prática assistencial nacional, seu impacto é grande na definição de uma política pública para o subsetor saúde mental.

Em 21 de novembro deste mesmo ano, é aprovado o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, elaborado pelo CONASP, pela Portaria nº 3.108. Foi o primeiro plano público brasileiro a contar, em sua elaboração, com a sociedade civil organizada, apesar de não ter a participação direta de associações de usuários e familiares, mas ainda por canais muito restritos e altamente burocráticos.

Ainda em decorrência da co-gestão, em 1983, tem início o Programa de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde Mental, no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), em convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), quando é retomado o projeto do Curso Integrado em Saúde Mental como uma das atividades nucleares. Da mesma forma, numa certa fusão prática da co-gestão com o plano do CONASP, em 83, é também implantado o projeto de Reformulação da Assistência Médica no Município do Rio de Janeiro – Área da psiquiatria, proposto pelo CONASP em conjunto com a DINSAM e a Superintendência Regional do INAMPS/RJ. Esta experiência carioca vai tornar-se um tipo de modelo da possibilidade de organização do subsistema de saúde mental para todo o País. As unidades da DINSAM passam a ser os serviços de referência para cada região administrativa do Grande Rio, onde não apenas prestam assistência, mas coordenam, avaliam e controlam o setor privado. Os resultados são imediatos, como pôde ser visto no item dedicado à co-gestão, com redução substancial das internações no setor privado, além da implantação de novos recursos assistenciais nos próprios.

O sucesso da experiência é, contudo, de curto tempo. Começam a aparecer divergências entre os próprios membros dirigentes da co-gestão, cujo exemplo maior é a 'crise da Colônia', em 1984, onde os membros mais diretamente ligados ao MTSM começam a ser afastados, e culmina na intervenção, pela DINSAM, na Colônia Juliano Moreira, ainda na gestão do ministro Waldir Arcoverde.

Os dirigentes da co-gestão, assim como de outros setores públicos, inclusive universitários, organizam de 26 a 28 de setembro de 1985, o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória/ES, cujo documento final, denominado Carta de Vitória, tem grande repercussão em nível nacional. Este encontro marca uma etapa em que, apesar das crises e da paradoxal oposição de alguns órgãos federais, os dirigentes locais das unidades federais, estaduais e municipais, passam a se organizar de forma independente, caracterizando um forte corpo de quadros técnicos e administrativos no setor público. Neste momento, já havia sido iniciado o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS), como desdobramento do Plano do CONASP, que reforçava a descentralização administrativa da política nacional de saúde. Na Carta de Vitória, aponta-se para a necessidade de constituição de Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), vinculadas à Secretaria Executiva das Comissões Interinstitucionais de Saúde, encarregadas pela gestão da política de saúde no nível estadual. Com a CISM, tem-se uma ampliação dos centros de discussão, formulação e controle das políticas de saúde mental, que

possibilitam também, pela primeira vez, a participação das entidades de usuários e familiares.

Uma nova crise política acontece em 1985, entre a direção da DINSAM e a direção das unidades hospitalares da DINSAM, na gestão do ministro Roberto Santos. A crise é decorrente de divergências entre a orientação da DINSAM, de caráter predominantemente organicista e a direção das unidades, que assumem uma postura relativamente mais crítica quanto à psiquiatria institucional. O crescimento do trabalho do MTSM vinha sendo contestado por segmentos universitários que, com a mudança ministerial, decidem assumir a direção das unidades e que, posteriormente, vão assumir a condução da I Conferência Nacional de Saúde Mental. No entanto, dado ao crescimento dos trabalhos de transformação desenvolvidos nas unidades, a resistência à intervenção passa a ser muito expressiva e, agora, não apenas a partir dos quadros mais diretamente oriundos do MTSM, mas a partir dos corpos técnicos das unidades, que já se encontram aliados à proposta de transformação.

Em 1986, de 17 a 21 de março, tem-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em que o movimento sanitário estabelece a estratégia de lutar por uma Reforma Sanitária. Na medida em que esta conferência trata de temas gerais da política nacional de saúde, como financiamento, modelos de gestão, participação comunitária, decide-se pela organização de conferências temáticas, dentre as quais a de saúde mental. Considerando as divergências entre a DINSAM e o MTSM, que continua detendo a administração das unidades da própria DINSAM e de outros órgãos e sistemas federais, estaduais e municipais, a Conferência Nacional de Saúde Mental só é realizada pela pressão do MTSM. Os integrantes do Movimento passam a articular conferências e encontros municipais e estaduais independentes, com o objetivo de organizar uma conferência nacional paralela, caso a DINSAM não o fizesse. Assim, em 1986, dá-se o I Encontro Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro e, já de 12 a 14 de março de 1987, a I Conferência Estadual de Saúde Mental, na UERJ, Rio de Janeiro. Mais conferências e encontros são realizados em outros estados.

De 02 a 04 de abril, é realizado o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Barbacena (MG), reafirmando a Carta de Vitória e o interesse de organizar a Conferência Nacional.

A nova direção da DINSAM divulga suas diretrizes para uma política de saúde mental da Nova República, que pretende tornar-se o projeto de uma política nacional para o subsetor. Apesar de não ser um documento retrógrado, sua aceitação é rejeitada, em virtude da postura da direção do órgão. O objetivo da DINSAM, com este documento, é de ampliar suas bases de apoio e de influenciar na conferência nacional, cuja organização anda a passos largos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 25 a 28 de junho de 1987, no Rio de Janeiro, ocorre sob forte tensão. A DINSAM e a ABP, promotoras oficiais do evento, ameaçam abandonar a conferência à sua própria sorte, na medida em que a plenária de instalação rejeita o regulamento imposto aos participantes. Durante a Conferência, o MTSM promove um encontro histórico, em que se caracteriza seu distanciamento em relação aos demais atores e aos dirigentes de órgãos públicos federais, e sua

aproximação das entidades de usuários e familiares. Fica, assim, decidida a organização do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, no mesmo ano.

Em 1988, há uma nova intervenção do Ministério da Saúde (gestão ministro Borges da Silveira) no Centro Psiquiátrico Pedro II e na Colônia Juliano Moreira, inclusive com o apoio de blindados do Exército e de agentes armados do Departamento de Polícia Federal. Trata-se de uma intervenção mais grave e séria. As lideranças das unidades são afastadas e demitidas em clima de perseguição política que lembra os mais duros momentos da ditadura militar. Os interventores são porta-vozes do setor privado (quando não diretores de serviços contratados) e/ou adeptos das mais arcaicas correntes psiquiátricas, onde até as práticas eugênicas chegam a ser apregoadas. Mais uma vez, e apesar da violência desta intervenção, os interventores são rechaçados em um processo de luta interna nas unidades e de um amplo debate público, devido à grande repercussão nacional que o episódio ganha.

Com a reformulação dos Ministérios, em 1990, é criada a Coordenadoria de Saúde Mental (CORSAM – mais tarde denominada COSAM), em substituição à DINSAM.

Os atores da reforma psiquiátrica brasileira

A discussão deste item se fará no sentido de relatar, por intermédio de algumas 'histórias' de diversos atores, práticas que criaram tensão no campo da saúde mental. Estas 'histórias' não se propõem a ser um continuísmo em relação às práticas em psiquiatria, mas sim à possibilidade de abertura deste saber, por vários recortes de diferentes atores. O que importa, aqui, é que os atores, divididos em grupos (muitas vezes bastante heterogêneos), sejam percebidos muito mais por suas práticas de construção de olhares diferentes sobre a loucura e não por se enquadrarem em determinado status ou classe social. Importa, também, considerar a tensão destes grupos na composição dos diversos cenários de resistência ou manutenção das formas hegemônicas de lidar com a loucura.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental,[6] é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas

6 Já nos primeiros momentos do movimento, surge uma discussão quanto ao uso dos termos 'trabalhadores' ou 'profissionais', que reflete uma luta de tendências internas. Há aqueles de tendência 'obreirista', mais identificada com as camadas populares, que preferem utilizar a expressão 'trabalhadores', e aqueles de tendência 'corporativa', mais identificada com os valores das camadas 'burguesas', que procuram marcar sua origem socioprofissional universitária, especialística, que defendem a expressão 'profissionais'. Outro debate se dá quanto ao sentido dado pela preposição a ser adotada, quando se opta por movimento de saúde mental, – que restringe o campo de participação aos técnicos ou profissionais – ou em saúde mental, que possibilita incluir a participação de não-técnicos, isto é, de simpatizantes e militantes da sociedade em geral.

e a práxis de uma nova política de saúde mental. O movimento, contudo, não é uma organização unitária, homogênea, monolítica. Assim, mais correto seria falar em movimentos, no sentido mesmo de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas. Por isso, partindo das próprias definições surgidas no interior do movimento, é correto considerar as suas várias expressões no tempo ou no espaço, como expressões típicas desta forma de organização política que opta por uma não-institucionalização (nos moldes das instituições tradicionais) e por uma mobilização em relação a outras formas de conceber e lidar com a loucura, em permanente deslocamento teórico e prático.

É importante acompanhar a trajetória do MTSM desde o seu aparecimento até os dias atuais – quando destacam-se tanto as novas experiências desinstitucionalizantes, quanto a singular movimentação política em torno do lema por uma sociedade sem manicômios, consolidada a partir do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – ou, ainda, em torno dos debates do Projeto de Lei 3.657/89 (Delgado, 1989).

Em sua origem, o MSTM congrega técnicos de várias categorias profissionais, principalmente médicos recém-formados – mas também acadêmicos, muitos dos quais oriundos do movimento estudantil e pertencentes, em sua grande maioria, às classes médias. Neste período, no âmbito da política educacional, existe uma forte tendência de abrir estabelecimentos privados de ensino superior. A partir de 1974, começa a haver uma grande absorção dos 'excedentes' – alunos aprovados nos concursos vestibulares, mas para os quais não existiam vagas suficientes nas universidades públicas – por faculdades privadas.

No setor saúde, observa-se um visível crescimento do número de vagas em escolas médicas. Com o crescimento vultoso da oferta de mão-de-obra para o setor saúde, observa-se um aumento da pressão pela criação de postos de trabalho na rede pública, que, a exemplo do Ministério da Saúde, há muitos anos não atualiza seus quadros. Neste momento, a principal oferta de trabalho na área da psiquiatria vem de clínicas conveniadas com a Previdência Social, que se proliferam a partir do Plano de Pronta Ação (PPA). Este plano, surgido em 1968, deflagra, em caráter definitivo, uma política de privatização da assistência médica no País.

As clínicas que, criadas ou expandidas a partir desta época, constituem a principal forma de absorção da mão-de-obra em saúde, orientadas pela racionalidade predominante do lucro, passam a empregar recém-formados com salários abaixo do previsto por lei, além de oferecerem precárias condições de trabalho. Desta forma, surgem muitas denúncias de fraudes e distorções, algumas apontadas no documento da Comissão de Saúde Mental do CEBES, reproduzindo um texto do professor Gentile de Mello:

> *1. pagamento de serviços que não são produzidos (pacientes fantasmas, medicamentos não empregados);*
> *2. pagamento de serviços que são produzidos, mas não são necessários (intervenções cirúrgicas sem indicação técnica);*
> *3. pagamento de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que podem e devem ser tratados em ambulatórios).* (CEBES, 1980b:46)

Os grandes centros metropolitanos que recebem um enorme contingente de candidatos aos cursos de graduação e pós-graduação vêem aumentar ainda mais esta procura. Sob o influxo da abertura, com a conseqüente mobilização política nos vários segmentos da sociedade, estes técnicos passam a organizar-se em associações, sindicatos e conselhos.

O que se define sob a sigla MTSM é apenas uma das faces deste amplo movimento, cuja organização não pretende ser entendida como restrita a um sindicato ou associação profissional, mas como uma mobilização política em torno de uma temática social, a da saúde mental. Desta forma, os militantes atuam não apenas sob a égide desta sigla, mas também na constituição de núcleos, comissões e departamentos de saúde mental no CEBES, nos sindicatos da área da saúde e em outras organizações da sociedade civil, a exemplo das associações de moradores e de pastorais da saúde. A formulação crítica sobre o modelo psiquiátrico e a construção de um modelo 'alternativo', são ferramentas importantes para identificar a origem dos pressupostos conceituais que contribuem para a constituição do pensamento crítico do MTSM. Na origem deste pensamento, estão presentes a teoria ou prática de alguns 'ilustres' da psiquiatria brasileira como Ulysses Pernambucano, Luiz Cerqueira, Oswaldo Santos e Hélio Pellegrino. Quanto às correntes reformadoras de maior repercussão internacional que influenciam o projeto crítico do MTSM, destacam-se a comunidade terapêutica, de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, de Tosquelles, a psiquiatria de setor, de Bonnafé, a psiquiatria preventiva, de Caplan, a antipsiquiatria, de Laing e Cooper e, mais tarde, e de forma mais sistemática e predominante, a psiquiatria na 'tradição basagliana'.

No entanto, podem-se identificar outros atores políticos agindo na formulação das políticas de saúde e fazendo o contraponto com as propostas surgidas no âmbito do MTSM.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

A ABP é constituída a partir de 1970, quando organiza o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Seus quadros são compostos de profissionais que atuam na prática clínica particular, na universidade e na rede privada. É criada com objetivos tipicamente científicos e corporativos, como as demais associações de especialistas médicos e a Associação Médica Brasileira – que congregam profissionais de diferentes especialidades, unidos pela mesma cultura profissional e por interesses de classe uniformes.

É uma entidade, como as demais da categoria médica, preocupada com aspectos do aprimoramento e intercâmbio científicos e com a concessão de título de especialista em psiquiatria. É a partir de 1978, por ocasião do IV Congresso, realizado em Camboriú, que a ABP passa a merecer um destaque no âmbito das políticas de saúde mental. Neste momento, o MTSM, recém-nascido em alguns estados, decide organizar seu mais importante encontro durante o IV Congresso, obrigando a ABP a assumir uma posição política quanto à situação geral do País, em fase de redemocratização, e à específica do movimento de renovação psiquiátrica que então se constitui.

Este evento passa a ser conhecido como o Congresso da Abertura, já que a expressão 'abertura' é designada, neste momento, para definir o processo nacional de luta

contra o autoritarismo. Com a pressão exercida pelo MTSM, a plenária final do Congresso aprova moções e palavras de ordem de cunho político, como "anistia ampla, geral e irrestrita" ou "eleições diretas", assim como reivindica a necessidade de uma ampla reformulação da política nacional de saúde mental.

Durante o V Congresso, realizado em Salvador, em 1980, a ABP distancia-se do MTSM preconiza a eleição direta para a escolha dos dirigentes da ABP. Esta, ao recusar a proposta, estabelece um clima de confronto político. Embora os quadros do MTSM optem por não participar efetivamente da ABP como sócios da entidade, investem na necessidade de construir, nela um espaço político importante, devido à sua dimensão no campo social. Em outras palavras, o MTSM não se incorpora à ABP, mas procura transformá-la 'de fora', buscando levá-la a assumir as lutas mais radicais pela transformação da psiquiatria e da assistência psiquiátrica. Isto não ocorre, visto que a ABP não pretende-se indispor com segmentos considerados "conservadores", da universidade, da tecnoburocracia de Estado, do empresariado de saúde, enfim, setores que, em última instância, são membros da própria ABP e comprometidos com uma visão mais tradicional da psiquiatria.

A partir da política de co-gestão, a ABP oscila entre oferecer apoio aos projetos de transformação da psiquiatria pública ou manter uma postura cautelosa, considerando o fato de que este processo venha a ser conduzido por membros do MTSM. Assim, tanto no período da co-gestão quanto do plano do CONASP, a ABP defende sempre uma abordagem mais técnica do que política, isto é, procurando sempre apresentar alternativas e diretrizes orientadas por uma postura científica, e não por uma abordagem política das questões relativas à saúde mental. Na mesma linha, a ABP procura produzir documentos de análise e propostas que lhes são próprios, evitando avaliar documentos do MTSM.

Após a realização do XVII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em 1985, em Campo Grande, a ABP decide assumir a organização destes congressos. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental (SBNPHM), criada em Recife, em fins da década de 40, por Ulysses Pernambucano, fica conhecida como independente, combativa e partícipe de uma linha crítica e moderna da psiquiatria brasileira. Seus congressos são realizados de dois em dois anos, o que, a partir da criação da ABP, em 1970, faz com que a cada ano seja realizado um congresso de psiquiatria em nível nacional.

De 1985 em diante, a ABP incorpora a SBNPHM – que perde seu caráter independente e se torna uma extensão. A ABP assume o domínio dos congressos brasileiros de psiquiatria. Como conseqüência de tal incorporação, pode-se observar que, nos congressos da SBNPHM, diminui a ocorrência de temas relacionados à saúde mental/saúde pública, na mesma medida em que crescem os temas de psiquiatria biológica e psicofarmacologia. Esta mudança pode ser facilmente observada já por ocasião dos XVIII e XIX Congressos, realizados em Fortaleza e São Paulo, respectivamente. O XVIII Congresso, contrariando a tendência da ABP, é fortemente marcado pela tradição da psiquiatria genericamente denominada de social, contando, inclusive, com um curso sobre a psiquiatria democrática italiana.

A ABP tradicionalmente recorria à indústria farmacêutica para a obtenção de recursos para a realização dos congressos e para a publicação de seus veículos oficiais – o

Boletim e a Revista. No final dos anos 80, a análise do temário dos congressos permite constatar o grande crescimento das abordagens psicofarmacológicas e biológicas, o que denota esta maior dependência.

Por ocasião da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a ABP aproxima-se da DINSAM. Um dos objetivos desta aproximação é o de reforçar o caráter congressual, isto é, científico, que a DINSAM pretende imprimir à conferência, em oposição ao caráter mais participativo, comunitário e social pretendido pelo MTSM. Desta forma, a DINSAM, com o aval e a participação da ABP, constitui uma comissão organizadora da conferência, acarretando vários problemas; o principal foi a tentativa de adoção de um temário 'científico' para um evento que se desejava com ampla participação social. Embora a participação comunitária, de não-técnicos e de militantes dos movimentos sociais, ainda seja algo incipiente, inaugurado na 8ª CNS, a tendência é a de reforçar este tipo de participação, e não de estreitá-la.

No fim dos anos 80, a ABP passa por uma crise de filiação. Em parte refletindo a herança do autoritarismo, uma parcela dos psiquiatras simplesmente não deseja participar de qualquer tipo de entidade. Ao centro desta crise de filiação, está o fato de que, a partir de 1989, as tendências mais assumidamente biologizantes decidem criar as suas próprias entidades (Sociedade Brasileira de Psiquiatria Biológica e Associação Brasileira de Psiquiatria Clínica) e realizar os próprios congressos, e a ABP deixa de ser a única associação psiquiátrica de caráter nacional.

Finalmente, para alguns novos técnicos, existe o fato de uma evidente revitalização do debate em torno da questão da saúde mental e da assistência psiquiátrica. Estas assumem, cada vez mais, dimensões transdisciplinares, econômicas, políticas e sociais. Uma organização exclusivamente psiquiátrica pouco contribui – e até mesmo resiste – às mudanças substanciais. O movimento pela reforma psiquiátrica oferece a estes técnicos um espaço mais plural e um teclado mais amplo de abordagens e possibilidades para além da clínica psiquiátrica (ou psicológica ou psicanalítica).

O setor privado

Poderíamos considerar que o setor privado de prestação de serviços em psiquiatria seria o mais representativo deste grupo. Porém, como poderá ser observado posteriormente, este setor privado reduz-se, praticamente, à Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Embora seja uma entidade de prestadores privados de saúde em geral, vai se constituir uma entidade quase que exclusivamente formada por "empresários da loucura" – expressão cunhada por Carlos Gentile de Mello, refererindo-se aos investidores na área de hospitais privados de psiquiatria. Deste modo, vamos nos referir basicamente à FBH quando falarmos de setor privado em psiquiatria.

A FBH é criada em 1966 com o nome de Federação Brasileira de Associações de Hospitais, assumindo a denominação atual em 1973. Neste mesmo ano, é criada, ainda, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) que, embora passe a competir mercado distinto daquele da FBH, disputa com ele verbas e recursos da Previdência Social.

Para Oliveira & Teixeira (1979), o interesse pela medicina privada institucional manifesta-se desde os primórdios de nossa industrialização. Organizou-se, já em junho/julho de 1955, no Rio de Janeiro, o I Congresso Nacional de Hospitais e I Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar; por iniciativa da grande indústria, visando a aperfeiçoar seus serviços médicos. Para estes autores, a partir do golpe militar de 64, com a "diminuição da influência dos segurados sobre os rumos da Previdência Social, vai crescer a influência de interesses minoritários junto aos órgãos de direção das instituições previdenciárias" (1979:198).

A criação da FBH insere-se, assim, no contexto do golpe militar de 64. Neste mesmo ano, o ministro do Trabalho e Previdência Social, Arnaldo Sussekind, determina a intervenção em todos os institutos e demais entidades do sistema de seguros sociais, dando fim à possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão dos mesmos. A definição das políticas passa a ser, "mais do que nunca, adstrita aos tecnocratas, não somente no que respeita ao planejamento, como no que toca à execução dos projetos médicos-assistenciais" (Mello, 1979:176). É o período em que se consolida o processo de maciça privatização da assistência médica previdenciária, quando o Estado deixa de investir na constituição-qualificação de uma rede própria, para comprar serviços privados para a prestação de assistência aos previdenciários. Desta forma, organizam-se três grupos principais de interesses privados na área da saúde:

> *1. os proprietários de hospitais e clínicas credenciadas (ou aspirantes ao credenciamento);*
> *2. os empresários das grandes companhias;*
> *3. os proprietários das 'empresas de medicina de grupo'.* (Oliveira & Teixeira, 1979:198)

No campo da psiquiatria, começa a existir uma enorme proliferação de clínicas psiquiátricas, principalmente nas zonas urbanas e no eixo sul/sudeste. Tal proliferação se dá, principalmente, no subsetor de assistência psiquiátrica, já que, como entendem os empresários, tratam-se de serviços de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado.

Em junho de 1972, surge uma importante tentativa de alterar o rumo que vai tomando a política previdenciária no campo da assistência médica. Trata-se da Portaria nº 48, do secretário de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social, Aroldo Moreira, que determina "que a assistência médica aos beneficiários da Previdência Social deverá ser prestada prioritariamente nos órgãos próprios das instituições previdenciárias" e que, uma vez esgotada a capacidade desses órgãos, poderá ser subsidiariamente prestada mediante convênios, contratos ou protocolos, respeitada a seguinte ordem de prioridades:

- serviços públicos federais, estaduais e municipais;
- sindicatos;
- instituições filantrópicas e/ou de caridade;
- organizações particulares;
- em consultórios médicos.

Determina, ainda, que, sempre que possível, o regime de remuneração por "unidade de serviço" será substituído pelo sistema de remuneração mensal. Precisamente nesta época de vigência da Portaria nº 48, são adotadas várias providências para ampliar a capacidade da rede hospitalar própria da Previdência Social (Mello, 1979:176-177).

A 'Unidade de Serviço' (US) é uma modalidade de pagamento que implica na remuneração, pela Previdência Social, de cada ato realizado pela empresa contratada na assistência médica aos previdenciários. Em outras palavras, existe uma tabela de preços utilizada para o pagamento de cada ato realizado, de tal forma que ganha mais aquele que produzir mais atos. Neste sentido, o próprio Carlos Gentile de Mello insiste em que a US é um instrumento corruptor por excelência.

A vigência da Portaria nº 48, contudo, é meteórica. A partir de setembro de 1974, a Portaria nº 39 institui o Plano de Pronta Ação (PPA), elaborado pelo então ministro da Saúde e empresário de clínicas psiquiátricas, Leonel Miranda, que promove uma radicalização no processo de privatização. O PPA abre ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, sem o requisito de avaliação *a priori* do setor público:

> *É certo que o PPA fala em serviços próprios, em convênios com a União, os Estados e os Municípios. Mas, na prática, o setor privado lucrativo é a grande fonte de produção de serviços. (...) Como seria de esperar, depois de pouco mais de dois anos de vigência do PPA, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários, nem sempre prestados racionalmente, levando o sistema a um passo da insolvência, em face de terem se esgotados os recursos financeiros disponíveis.* (Mello, 1979:177-178)

A FBH passa por uma fase de grande crescimento, com o estabelecimento de novos contratos e ampliação dos atuais. Com o advento da Lei 6.229, em 1975, por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde, que estabelece o Sistema Nacional de Saúde, esta situação consolida-se ainda mais. Nesta nova proposta do SNS, são definidas funções distintas para o Ministério da Previdência (responsável pela prestação de assistência médica curativa e individual, com os recursos próprios da arrecadação previdenciária) e o Ministério da Saúde (responsável pela prestação de cuidados preventivos, comunitários, coletivos, sem a dotação de recursos orçamentários suficientes para tal tarefa). Em outras palavras, ocorre uma delimitação de responsabilidades para resguardar para a Previdência Social a efetiva responsabilidade pela assistência médica, já que sua abrangência, isto é, a população previdenciária, é majoritária, principalmente nos grandes centros urbanos, onde está mais bem organizada a assistência privada.

No regime autoritário, a assistência médica privada/contratada torna-se mero instrumento de lucro, sem a efetiva preocupação com a resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas. Desta forma, a assistência psiquiátrica é organizada fundamentalmente em torno do que o Núcleo de Saúde Mental do CEBES denomina de "a solução asilar" (CEBES, 1980b). Esta é decorrente não apenas da natureza da função social e política do asilo psiquiátrico, como instrumento de segregação, negação e violência, ou ainda do não compromisso real com a saúde dos cidadãos (o que implica ausência de necessidade de organizar formas de cuidado e atenção eficientes e 'terapêuticos'),

mas, também, das condições 'administrativas'. Torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de um serviço mais sofisticado ou diversificado. Como conseqüência desta política, em 1977, os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais denominados extra-hospitalares, dos quais o mais importante é o ambulatório.

O domínio da FBH só começa a ser ameaçado no final da década de 70, início de 80. E por uma série de razões:

• o próprio processo de redemocratização, com o crescimento dos movimentos populares e sociais, quando tanto o CEBES quanto o REME e o MTSM assumem um caráter nacional de grande importância, fazendo-se ouvir em suas críticas e denúncias quanto ao processo de privatização médica e outros aspectos do sistema de saúde. Os setores democráticos da universidade também cumprem importante papel na constituição do pensamento crítico em saúde;

• o modelo previdenciário de privatização acarreta graves problemas, principalmente financeiros. O Estado toma iniciativas racionalizadoras e saneadoras, dentre as quais um maior controle do setor privado, das fraudes e das distorções. Como conseqüência, crescem as propostas de melhor aproveitamento ou redimensionamento da rede própria como, por exemplo, a implementação do modelo de co-gestão MS/MPAS;

• outra razão pode ser encontrada no próprio projeto de privatização, que começa a delinear novos objetivos, com o crescimento das modalidades de medicina de grupo e de seguro saúde, como pode ser constatado em Médici (1990). Em fins dos anos 80, a FBH torna-se uma entidade praticamente restrita aos 'empresários da loucura' (praticamente todos os associados e membros da diretoria são proprietários de hospícios), e aglutina, quase exclusivamente, os segmentos mais arcaicos do empresariado nacional dos mais variados setores e da saúde, uma vez que os demais empresários têm optado por aquelas outras formas de empresariamento. Como é do conhecimento geral, a medicina de grupo e os seguros-saúde não aceitam incluir em suas coberturas todos os tipos de grupos de danos, mais especificamente aqueles que tenham caráter 'crônico' ou degenerativo. Tais danos implicam utilização permanente e regular dos serviços contratados-segurados. Desta forma, as doenças mentais ficam sobre a responsabilidade assistencial do Estado, seja diretamente, na forma de assistência nos serviços propriamente públicos ou, indiretamente, mediante os convênios-contratos que vendem seus serviços ao Ministério da Saúde, sistema em implementação com o advento do SUS. Mas, o que se pode observar, a partir deste momento, é que a entidade se encontra em processo de franco definhamento, seja devido a um redirecionamento dos investimentos do empresariado que fazia parte desta entidade, optando por prestar serviços em áreas mais rendosas e menos 'problemáticas', seja devido ao surgimento de novas alternativas de trabalho em instituições psiquiátricas públicas, que têm influenciado a assistência em saúde mental, absorvendo parte da demanda que antes era exclusiva dos serviços psiquiátricos privados.

Em 1982, a FBH institui o seu departamento de psiquiatria, que lança um veículo de divulgação, *Psiquiatria em Revista* – que passa a cumprir o papel de defensores dos interesses da entidade no campo da assistência psiquiátrica, principalmente em resposta à co-gestão, que é a primeira política pública a ameaçar seus interesses e, posteriormente,

em relação às demais políticas públicas: Plano do CONASP, às AIS, ao SUDS, e, por fim, ao SUS (por exemplo, Sabbag, 1982).

A FBH torna-se, por um longo tempo, o principal 'inimigo' não apenas do movimento pela reforma psiquiátrica, mas também do movimento sanitário. Até que se pode observar que, na verdade, cumprem apenas um papel de "boi de piranha", isto é, servem de anteparo às críticas e investidas dos setores antiprivatizantes, na medida em que os setores privados mais modernos, como a ABRANGE e os seguradores de saúde, reorganizam-se e crescem em silêncio, por outros caminhos. Na ânsia de defender os interesses do setor privado, a FBH participa dos Simpósios de Saúde da Câmara dos Deputados, que torna-se um importante fórum de luta política e ideológica no campo da saúde, e das Conferências de Saúde. Nestes espaços, a FBH é o alvo principal de todas as críticas e denúncias. Os demais segmentos do setor privado constatam que tais espaços não lhes são frutíferos e decidem atuar primordialmente por intermédio de *lobbies* diretamente nos órgãos de decisão das políticas públicas de saúde.

As principais reivindicações da FBH dizem respeito:

- à manutenção de seus contratos;
- à atualização das tabelas de pagamentos.

A preocupação com a manutenção dos contratos, como vimos, é decorrente do visível esvaziamento desta modalidade de prestação de serviços. Muitos hospitais privados mantidos por esta modalidade têm suas atividades encerradas, embora poucos empresários (principalmente os diretores da FBH) tenham conseguido aumentar o número de leitos contratados. Já quanto à tabela de pagamentos, esta, de fato, não acompanha os gastos com a assistência, nem a alta inflacionária. A tecnoburocracia pública passa a privilegiar as outras modalidades de serviços privados, principalmente a medicina de grupo. Desta maneira, os recursos que anteriormente eram destinados à FBH deixam de sê-lo nos últimos anos da década de 80. Ainda de acordo com Médici (1990), a medicina de grupo é a modalidade de assistência médica que mais cresce no País, captando os recursos que eram destinados à compra de serviços diretos, por pagamento de procedimentos realizados. De acordo com este mesmo autor, no final dos anos 80, surgem outros tipos de mercados privados de serviços de saúde no Brasil, que podem ser agrupados em quatro tipos:

1. setor privado contratado pelo setor público (que é filiado à FBH);

2. segmento médico assistencial das empresas (do tipo planos de autogestão: serviços próprios e/ou credenciados, sistemas de pós-pagamento do tipo planos de co-gestão: medicina de grupo ou cooperativas médicas, planos de administração, convênios INAMPS/empresas, seguro saúde);

3. segmento médico assistencial das famílias (desembolso direto, medicina de grupo ou cooperativas médicas, seguro-saúde);

4. segmento beneficente e filantrópico (clientelas fechadas, clientela aberta parcial, clientela aberta universal) (Médici, 1990:8).

Com uma real desvalorização da modalidade de pagamento por serviço prestado (em oposição à modalidade de pré-pagamento ou pagamento global, existentes na medi-

cina de grupo), a modalidade de venda de serviços da FBH começa a ser altamente desvantajosa para os empresários que dela sobrevivem. Assim, os hospitais ainda hoje vinculados à FBH passam a disputar o cliente psiquiátrico com o setor público. Na medida em que nem a medicina de grupo, nem o seguro-saúde cobrem a atenção aos problemas psiquiátricos, estes ficam entregues ou aos serviços contratados, nos moldes da compra de serviços prestados, – vinculados à FBH – ou ao serviço público. Acontece que, tanto pela ausência de opositores mais expressivos no campos da assistência psiquiátrica pública (com a saída de cena dos outros segmentos empresariais), quanto pela própria atuação da militância do MTSM no setor público, a psiquiatria pública passa a ter um desenvolvimento bastante notável, principalmente a partir do fim da década de 80. Desta forma, a assistência psiquiátrica pública começa a ter uma eficiência que anteriormente não existia e, assim, passa a poder oferecer, de fato (e pelo menos em alguns grandes centros e em muitos municípios pequenos), uma assistência qualificada que atrai a clientela para os serviços públicos.

Assim, a FBH passa por um período de crise desde o surgimento da co-gestão, quando começam a ocorrer mudanças significativas na assistência pública, seguidas da criação dos novos mercados privados. Como conseqüência, no cenário nacional da saúde, experimenta um período de relativo esvaziamento político. A entidade só volta a merecer uma importância significativa após a aprovação, pela Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei 3.657, em 1989, do deputado Paulo Delgado – que, como já mencionado, propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos no Brasil, controlando a expansão e a contratação dos hospitais psiquiátricos que prestam serviços ao Estado, mas que não propõe a extinção do hospital psiquiátrico verdadeiramente privado, isto é, do hospital que não depende de contrato público para a sua sobrevivência.

Contudo, ante a ameaça deste Projeto de Lei, a FBH rearticula-se em torno da luta pela rejeição do projeto no Senado Federal. Esteve em todos os debates importantes, divulgando notícias na grande imprensa, organizando *lobbies*, e, inclusive, patrocinando a criação de uma associação de familiares de doentes mentais: a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), inicialmente no Rio de Janeiro, onde a FBH é mais forte; depois, em outros estados e municípios.

Durante todo o ano de 1990, a FBH empenha-se no veto ao Projeto de Lei e, estrategicamente, ataca as experiências que visam a constituir uma assistência psiquiátrica que prescinde do manicômio como recurso de cuidado para a atenção à doença mental, como ocorre nos municípios de Santos, São Paulo, São Vicente, Campinas, Angra dos Reis, Americana, dentre outros, ou em serviços, a exemplo do CAPS, em São Paulo e da Casa d'Engenho, no Rio de Janeiro.

A Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM), ex-DINSAM, para favorecer a reforma psiquiátrica – no sentido da superação do modelo manicomial –, estabelece normas que disciplinam a prestação de serviços não-manicomiais por parte do setor privado contratado, como hospitais-dia, lares abrigados, oficinas protegidas etc. (Alves et al., 1992). Estas medidas, no entanto, servem também para fortalecer os prestadores de serviços vinculados à FBH, na medida em que a verdadeira organização de uma rede de serviços desinstitucionalizantes não pode ser feita tendo em vista o lucro. Em outras palavras, as normas da COSAM possibilitam aos empresários de hospitais psiquiátri-

cos uma 'modernização' técnica e assistencial para seus serviços, que, ameaçados pelo conjunto de aspectos que aqui discutimos, encontram neste tipo de reformulação uma saída para suas organizações. Ocorre que os serviços constituídos no sentido não apenas 'alternativos' ao manicômio, mas completamente substitutivos, têm uma atuação absolutamente territorializada. Isto significa dizer que assumem completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção dos sofrimentos psíquicos dos sujeitos que habitam um determinado local. A aceitação da concepção do território vai para mais além da regionalização da qual falamos atualmente. Significa a completa responsabilidade da atenção a toda a comunidade abrangida pelos recursos substitutivos existentes neste mesmo território, sem lançar mão de outros recursos, principalmente manicomiais. É o que se tem denominado tomada de responsabilidade (Dell'Acqua, 1987).

A tomada de responsabilidade, neste sentido amplo, é um aspecto fundamental que descarta os equívocos – seja de uma psiquiatria preventiva, no qual o manicômio continua a existir como último recurso, e não raro sendo utilizado com freqüência dando continuidade ao que Rotelli denominou de *revolving-door* (Rotelli, 1990), onde persiste a necessidade da exclusão/internação, seja do processo criação dos serviços da psiquiatria sem manicômios, em que a responsabilidade é restrita à possibilidade ou não do custeio do tratamento – proveniente do usuário ou do poder público.

A indústria farmacêutica

Para os autores que se dedicam ao estudo da indústria farmacêutica, a principal questão que surge é um embate entre uma política de saúde *versus* uma política industrial. Em Bermudez (1991), vemos que o mercado governamental de medicamentos alcança apenas 35%, contra um total de 65% do mercado tomado pela indústria privada de produção e distribuição de medicamentos – dos quais apenas 22% são representados pela indústria nacional e 43% pela multinacional. Assim, a questão dos medicamentos no Brasil se estabelece entre uma política de medicamentos no interior de uma política de saúde contra uma política de aumento de produção e consumo de medicamentos independente de uma política de saúde.

Existem, no Brasil, 63 mil especialidades farmacêuticas, das quais pelo menos 13 mil circulam no mercado. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – que procura responder à orientação da Organização Mundial da Saúde, no sentido de que os países em desenvolvimento adotem Listas de Medicamentos Essenciais, destinados a cobrir em torno de 80% das necessidades – adota uma lista de cerca de apenas quatrocentos produtos.

Se, por um lado, a política industrial é extremamente forte, organizada com potentes esquemas de *lobbies*, por outro, a política nacional de saúde tem sido bastante inexpressiva, quando não estruturada para atender ou de não prejudicar os interesses privados, seja de prestação de serviços, seja de produção de medicamentos e equipamentos médicos.

Ainda como conseqüência desta inexpressividade do setor público, tem havido um histórico desestímulo às atividades de pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico. Isto tem impedido que as universidades estabeleçam programas efetivos de inves-

tigação e pesquisa, ficando, assim, à mercê das verbas ou dos critérios de 'pesquisa' impostos pela IF. Em outras palavras, com os problemas derivados da falência do ensino das universidades, principalmente no que tange à formação em pesquisa, no caso, farmacológica, os médicos – únicos profissionais autorizados à prescrição de medicamentos (sem entrar no aspecto da odontologia) –, tendem a, simplesmente, reproduzir os prospectos ou a literatura elaborada pela IF.

No caso específico da reforma psiquiátrica, a questão da industrialização e do consumo de medicamentos expressa aspectos bastante delicados. A IF não tem se apresentado como resistente às mudanças ocorridas na área, nem mesmo durante o início deste processo (final da década de 70) – quando vários segmentos psiquiátricos colocavam-se em oposição, dentre os quais aqueles mais identificados com a psiquiatria biológica, principal adepta e entusiasta das drogas psicofarmacológicas.

Enfim, a IF faz parecer que está ausente no debate sobre as formas de organização da assistência psiquiátrica, buscando uma imagem de que sua contribuição é científica e não política. Na verdade, organiza uma verdadeira guerra de trincheiras, assediando não apenas os médicos, mas também os profissionais intermediários (agentes da prescrição informal), além de, diretamente, toda a população, no sentido de estimular a automedicação. E, somente quando os órgãos públicos passam a normatizar a comercialização dos medicamentos, é que demonstra claramente seus interesses por intermédio de seu órgão de classe mais forte, a Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (ABIFARMA). Assim ocorre em muitos momentos, como na época da criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, ou a partir das tentativas de reestruturação desta como um verdadeiro laboratório de pesquisa e produção de fármacos ou, ainda, por ocasião da reestruturação da Divisão Nacional de Medicamentos (DIMED), da Vigilância Sanitária, no período da Nova República, que acabou por sucumbir às pressões da IF.

Segundo Costa (1980), houve, nos EUA, um acentuado aumento de consumo de medicamentos psicotrópicos, em decorrência da implantação do programa nacional de psiquiatria preventiva do presidente Kennedy. Tal fato é conseqüência de uma transformação da psiquiatria. Ela deixa de atuar prioritariamente nos asilos, ou nos pacientes ditos cronificados, para voltar-se mais e principalmente para a população dita sadia, mais passível de adoecer, como é do desejo da psiquiatria preventiva. Assim, aumentaram as demandas para tratamento psiquiátrico-psicológico e, em decorrência disso, o consumo induzido, prescrito e autoprescrito de medicamentos.

Pôde-se constatar, em uma viagem de consultoria em serviços do norte do País que adotavam o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), um aumento vertiginoso de prescrição de psicofármacos, tornando-se a principal conduta dos técnicos de alguns dos serviços (que eram serviços básicos de saúde em geral), superiores mesmo aos analgésicos, antitérmicos, antibióticos, complexos vitamínicos, anti-helmínticos etc. (Mariz & Amarante, 1984).

Para Bermudez (1991), tem sido observado um aumento de demanda de medicamentos com o surgimento de planos nacionais de saúde, dentre os quais as AIS. Este aumento pode ser decorrente do aspecto do aumento da cobertura a populações com pouca ou nenhuma assistência da associação de assistência à saúde com a prescrição de medi-

camentos, ou, ainda, da atuação própria da IF por propaganda direta nos serviços ou na mídia.

Para a IF, os planos de reforma psiquiátrica podem ser interessantes, embora sem um apoio ostensivo, na medida em que, pelas características da luta ideológica que geralmente se trava entre adeptos e opositores das reformas psiquiátricas, estes últimos são, em geral, os entusiastas dos medicamentos.

De fato, o aparecimento dos psicofármacos contribui em muito para as reformas do ambiente hospitalar psiquiátrico, como também para o cenário da assistência psiquiátrica em geral.[7] Porém, há uma discussão sobre o seu uso, abrangendo questões que polemizam sobre sua generalização e outras que teorizam sobre o melhor momento de utilizá-los.

É neste sentido que existe a questão de novas apresentações farmacológicas, com o objetivo de aumentar o consumo ou retirar do mercado apresentações menos lucrativas, ou de 'maquiar' velhos produtos geralmente mais baratos. Um outro aspecto diz respeito à 'produção' de novas doenças, para as quais são elaborados outros medicamentos. É o caso da depressão mascarada, que propiciou um aumento fabuloso no consumo de antidepressivos, ou ainda, mais recentemente, da 'doença do pânico' e da 'fobia social'.

A IF atua sistematicamente sobre a categoria médica influenciando-a com uma forte propaganda, assediando os consultórios com invejável regularidade e competência. Mas é nos congressos que a presença da IF é mais marcante, tanto determinando o temário, que gira em torno, principalmente, das experiências e lançamentos de novos medicamentos ou apresentações, quanto no próprio financiamento dos congressos e dos médicos para participarem dos mesmos, oferecendo passagens aéreas, hospedagens e outras regalias. Durante os congressos existe, também, a prática de distribuição de brindes e sorteios, para os quais os médicos fazem fila à espera de canetas, livros, blocos de receituário, carimbos e toda espécie de presentes. A estratégia é a 'aculturação', voltada para uma sujeição dos técnicos, caracterizando uma tática de reprodução ampliada do capital.

A ABP é, por assim dizer, o braço social da IF, que dá legitimidade aos produtos farmacêuticos e divulga a ideologia do medicamento como o recurso fundamental, senão único, no tratamento das enfermidades mentais.

As associações de usuários e familiares

Sommer (Lougon & Andrade, 1993) constata uma diferenciação entre os movimentos de usuários e os de familiares. Para o autor, os movimentos de familiares surgem "nos EUA como resposta à política de desinstitucionalização, na medida em que esta devolvia às famílias a maioria dos cuidados com seus membros doentes" (1993:1). O autor defende que existe uma segunda causa para o surgimento destes movimentos, que diz

---

7 Em todo caso, é oportuno recordar BASAGLIA (1982, 1985), quando atenta para o fato de que, muito antes do aparecimento dos psicofármacos, já era possível realizar amplos trabalhos de reformulação institucional no campo psiquiátrico, a exemplo do *non-restraint*, do *open-door*, de Tuke, de Connoly, de Simon, Sivadon, T.H. Main, Maxwell Jones, dentre outros.

respeito à necessidade de "retirar a culpa e o estigma lançados sobre a família pelas teorias sociogenéticas. Estas últimas sugerem a causação de doenças como a esquizofrenia por um padrão de relações intra-familiares inadequadas (por exemplo, relação de duplo vínculo e mãe esquizofrenogênica, no modelo da antipsiquiatria de Laing e Cooper)" (Lougon & Andrade, 1993).

Assim, enquanto os movimentos de familiares adotam a ideologia do determinismo biológico das doenças, possibilitando um processo de medicalização do problema, os movimentos de usuários tendem a assumir posições mais radicais e estruturais, combatendo as internações compulsórias, as práticas violentas da psiquiatria e adotando a defesa das teorias não-biológicas para a explicação das doenças mentais, no mesmo espírito proposto pela Antipsiquiatria e pela Teoria da Rotulação (Lougon & Andrade, 1993).

Na Itália, onde o movimento de transformações no campo da saúde mental se dá com maior radicalidade e, conseqüentemente, com maior resistência, os movimentos de familiares também nascem como resposta ao processo de desinstitucionalização – visto e entendido como exclusivamente de desospitalização. A DI.A.PSI.GRA, o principal destes movimentos, é, ao mesmo tempo, associado às correntes mais conservadoras da psiquiatria, nas cátedras de psiquiatria das universidades, e ao movimento dos empresários de clínicas psiquiátricas.

No Brasil, os primeiros movimentos dos quais encontramos registros surgem a partir das vindas de Basaglia e da mobilização promovida em torno de suas conferências. A revista *Rádice* (Bastos, 1980) noticia a criação de uma destas associações de familiares e usuários em Barbacena, a partir de uma visita de Basaglia aos manicômios da cidade. Com exceção desta matéria, não encontramos mais informações desta associação. Mas a *Rádice* considera ser este um movimento francamente crítico quanto ao papel das instituições psiquiátricas, apontando para o sentido dado por Sommer quanto aos movimentos de usuários nos EUA.

Uma outra associação importante é a SOSINTRA, fundada no Rio de Janeiro, em 1979, e até hoje existente e atuante (SOSINTRA, 1990). Foi criada a partir da necessidade de os familiares encontrarem formas melhores de lidar e participar do tratamento de seus 'problematizados' – uma expressão alternativa para referir-se aos doentes, proposta por esta sociedade. É um movimento que nasce da constatação da insuficiência da assistência pública (e contratada pelo setor público), que busca soluções na participação dos próprios familiares e problematizados. Ela se constitui como entidade de familiares e, apenas no final dos anos 80, passa a ser, também, uma entidade de 'problematizados' e de simpatizantes da causa. É importante refletir sobre a expressão, que procura definir o portador de sofrimento mental como um portador de uma doença como as outras, passível de estigmatização, mas contra a qual se deve lutar.

As dificuldades em organizar formas alternativas concretas, no entanto, faz com que por muitos anos a SOSINTRA perca parte de seu dinamismo e de seu projeto iniciais. Durante muitos anos, sua principal função é ser um grupo de ajuda mútua, no qual as questões de cada um dos seus integrantes são discutidas e partilhadas, tornando-se, assim, um importante espaço de exercício de solidariedade.

A retomada da discussão mais abrangente pela sociedade civil dos aspectos da doença mental e da assistência psiquiátrica – que se dá no centro das questões sociais, a partir da Nova República, quando se estabelecem novas alianças entre as elites nacionais, que comportam os setores de centro-esquerda, notadamente os da saúde – faz reaparecer a importância da SOSINTRA. Ou seja, é a partir dos planos de saúde, como as AIS, em que participação da comunidade é prevista e estimulada, que a SOSINTRA passa a buscar nas comissões e conselhos de comunidade uma possibilidade de escuta e interlocução.

Com a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), a partir de 1985, investe-se no princípio de ouvir a sociedade civil sobre as políticas de saúde. A SOSINTRA, aproveitando esta iniciativa, promove debates com os técnicos e representantes da comunidade em geral, e passa a contar com a adesão de alguns usuários. Na prática, a entidade abre espaços em instituições, como o Hospital Pinel, o Instituto de Psiquiatria e o Centro Psiquiátrico Pedro II, onde começa a ter uma atividade regular de discussão com familiares, técnicos e pacientes.

Mas é a partir dos trabalhos de preparação da I Conferência Nacional de Saúde Mental que a SOSINTRA se afirma como entidade importante e presente no cenário das políticas públicas. No Rio, são organizados dois eventos preparatórios à I CNSM: o I Encontro Estadual de Saúde Mental, em 1986, e a I Conferência Estadual de Saúde Mental, em março de 1987, dos quais a SOSINTRA participa com delegados eleitos e documentos elaborados. Esta participação e esta importância se estenderá à I Conferência Nacional de Saúde Mental e a muitos outros eventos, a partir de então.

Com o aparecimento do Projeto de Lei 3.657/89, a SOSINTRA torna-se um movimento social importante no setor, não apenas no Rio de Janeiro, a debater e a apoiar o projeto, explicitando aspectos que traduzem sua independência e autonomia em relações aos demais movimentos.[8]

Muitas outras associações de usuários e familiares têm sido criadas desde então, a exemplo da Associação Loucos pela vida, de usuários, familiares e operadores do hospital do Juqueri em Franco da Rocha/SP; da Associação Franco Basaglia/SP, que reúne usuários, familiares e operadores do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS); da Associação Franco Rotelli, de usuários, familiares e técnicos do sistema de saúde mental do município de Santos/SP; da Associação Cabeça Feita, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ da Associação Cabeça Firme, do Hospital Estadual Psiquiátrico (Jurujuba), de Niterói/RJ; da ADDOM, de usuários e familiares de São Gonçalo/RJ, ou do Instituto Franco Basaglia/RJ, de técnicos em saúde mental, para citar alguns.

---

8 Como já dito anteriormente, o Projeto de Lei 3.657/89 faz surgir uma outra entidade, a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), em período posterior ao coberto por esta pesquisa. Esta associação é criada em 1991, no Rio de Janeiro, iniciativa logo seguida em outros estados. Surge a partir da pressão exercida pelos empresários ligados à FBH sobre os familiares de pacientes internados em suas clínicas, com um certo tom de 'terrorismo', quanto à ameaça representada pelo Projeto de Lei de impedir a internação dos pacientes e de deixá-los em completa desassistência. Não se pode afastar, também, a hipótese de que a entidade seja criada não apenas pela pressão acima descrita, mas diretamente, como um braço social da FBH.

Com este novo protagonismo, o do próprio louco, ou usuário,[9] delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido. Mesmo as expressões louco/loucura passam a ser objeto de uma abordagem pública, sendo utilizadas em trabalhos direcionados à comunidade para denunciar sua tonalidade pejorativa, neutralizar o tom estigmatizante e possibilitar que, no imaginário social, seja criado/recriado um sentido de vida e de valor positivo de trocas sociais. Aparecem inúmeras campanhas voltadas para estes objetivos, com a elaboração de material de natureza predominantemente artística e cultural. Merece substancial importância o Projeto Tam-Tam, de Santos, ou a riquíssima produção das camisetas, que tornam-se marca registrada do movimento da luta antimanicomial,[10] ou ainda, a produção de atividades de teatro, vídeos, cinema, publicações.

O movimento passa a circular não só nas instâncias burocráticas de representatividade, como conferências e encontros, mas se mescla à elaboração de eventos culturais que tentam apontar soluções próximas ao cotidiano das pessoas. Invertendo um dos *slogans* do movimento, o mesmo tenderia a ser mais 'militonto' do que 'militante', já que este último termo carrega uma série de racionalidades e aspectos burocráticos que, muitas vezes, não conciliam o cotidiano e a possibilidade de sua transformação.

O certo é que o movimento em saúde mental no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento pela reforma psiquiátrica ou de alternativas à psiquiatria, e assim por diante, com suas propostas, revolucionárias ou utópicas em alguns momentos, pragmáticas e normativas em outros, cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e as possibilidades de mudanças. Se algumas de suas propostas são cooptadas ou capturadas pelas instituições e entidades (mesmo algumas contra-reformistas), o certo é que estas são levadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem defasadas das épocas e dos cenários que o movimento vem construindo.

---

9 A expressão usuário surge, neste período, em substituição a louco, doente mental ou cliente, que passam a ser consideradas restritivas e inadequadas. Contudo, em pouco tempo, passa-se a perceber que o termo usuário remete às mesmas conseqüências anteriores.

10 Entre as camisetas destacam-se: *Loucos pela vida*, *Razão demais é loucura* (Cervantes), *De perto ninguém é normal* (frase de Pablo Picasso utilizada em canção por Caetano Veloso), *Eu vou ficar com certeza maluco beleza* (Raul Seixas), *Só louco, amou como eu amei...* (Dorival Caymmi), dentre tantas outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAVV. *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo: Mandacaru/Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental de SP, 2ª ed., 1990.

ALBUQUERQUE, J. A. G. *Instituição e Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ALMEIDA, N. A ineficácia e a iatrogenicidade da detecção precoce em psiquiatria infantil – Crítica à proposta caplaniana. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 2(1):07-21, 1978.

ALMEIDA, N. Crítica à proposta da psiquiatria preventiva. *Revista de Informação Psiquiátrica*, 4(4):71-76, 1986.

ALVES, D. S. N. et al. *Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental do Brasil. Brasília*: Cosam/MS. (Mimeo.)

AMARANTE, P. (Org.). *Dossiê sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a Crise da Dinsam.* Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1978.

AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil* (1830-1920), 1982. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AMARANTE, P. (Org.) *Acordo de recursos humanos MS/Opas – Programa de Capacitação de Recursos Humanos*. Rio de Janeiro: CPPII, 1984.

AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.) *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992. p.103-119

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Manguinhos – história, ciências, saúde*, I(1):61-77, 1994a.

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

ANDRADE, M. S. *Democratização no Hospital Psiquiátrico – Um estudo da Colônia Juliano Moreira dos anos 80*, 1992. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. Memorial. *Revista Saúde em Debate*, 6:32-35, 1978.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

BARROS, D. D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 1(2):101-106, São Paulo, 1990a.

BARROS, D. D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*, 1990b. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

BASAGLIA, F. O. (Org.). *Basaglia scritti I (1953-1968) – dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi, 1981.

BASAGLIA, F. O. (Org.) Basaglia scritti II (1964-1980) – *dall'Apertura del Manicomio alla Nuova Legge Sul'Assistenza Psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982.

BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, A. Os pacientes estão de olho. *Rádice*, 4(15):06, 1980.

BERMUDEZ, J. A. Z. *Saúde e Indústria Farmacêutica: rumos e desafios*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1991.

BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BIRMAN, J. Psiquiatria e sociedade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31(4):237-246, Rio de Janeiro, 1982.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.71-90.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, pp. 41-72, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p.41-72.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL / Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - RJ. Projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no Município do Rio de Janeiro – Área de Psiquiatria. Rio de Janeiro: MPAS, 1983b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/ Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (Portaria nº 3108, de 21/12/82)*. Brasília: MPAS 1983c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/ Instituto Nacional de Previdência Social. *Manual de serviços para a assistência psiquiátrica*. Rio de Janeiro: MPAS, 1973.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/Conasp. *Anais do Conasp – Atas das reuniões e anexos principais. 24/11/81-28/06/83*, 2° vol, Rio de Janeiro: MPAS, 1983a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Projeto Saúde-Brasil*. Brasília: CFM, 1987. (Mimeo.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam/MS, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Dinsam. *Plano Nacional de Saúde Mental: modelo programático – Pisam*. Brasília: MS, 1977. (Mimeo.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Dinsam. *I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Dinsam/Campanha Nacional de Saúde Mental, *Texto do decreto de criação da CNSM. Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967*. Brasília: MS, 1967.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Ministério da Previdência e Assistência Social, *Portaria interministerial nº 11*, Brasília, 1980a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Dinsam. *Atas do grupo de trabalho interministerial para a co-gestão dos hospitais psiquiátricos da Dinsam*. Brasília: MS, 1980b.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Assistência psiquiátrica na Previdência Social*. Brasília: MTAS, 1974.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARRARA, S. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio na passagem do século*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. Medicina mental e serviço público. *Revista da APB*, 3:28-37, 1980.

CASTEL, R. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área da saúde. *Revista Saúde em Debate*, 9:11-13, 1980a.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Condições de assistência ao doente mental. *Revista Saúde em Debate*, 10:49-55, 1980b.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro. São Paulo: Atheneu, 1984.

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.03-32.

CHARAM, I. *A Legislação sobre Doença Mental no Brasil*, 1986. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste – Relatório Final*. Rio de Janeiro, 1985.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *Relatório Final do II Encontro*. Barbacena, 1987.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, J. F. Saúde mental, produto da educação?. *Revista Saúde em Debate*, 11:59-66, 1980.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 4ª ed., 1989. (Primeira ed. pela Documentário, 1976).

CPPS/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Formulacion de Politicas de Salud*. CPPS/Opas, Santiago, 1975.

DELGADO, P. *Projeto de Lei nº 3.657/89*. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

DELGADO, P. G. Projeto para um curso de especialização em psiquiatria social num grande asilo público em transformação. *Revista de Informação Psiquiátrica*, 3(4):97-102, 1982.

DELGADO, P. G. *Mal-estar na Indústria: contribuição ao estudo das relações entre saúde mental e condições de trabalho*, 1983. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DELGADO, P. G. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Tê Corá, 1992.

DELL'ACQUA, G. et al. *Responding to Crisis. Per la Salute Mentale/For Mental Health*. Trieste: Cooperativa Il Posto delle Fragole, 1987.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa: pessoas e modernidades entre as classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

ESCOREL, S. et al. *Avaliação Comparativa do Processo de Implantação e Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Estudo de caso: Estado do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa*, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1991.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS/Departamento de Psiquiatria. Assistência psiquiátrica no âmbito da Previdência Social. *Psiquiatria em Revista*, 1(2):35-42, 1982.

FLEMING, M. *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

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

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GALENDE, E. *La Crisis del Modelo en Psiquiatria*. Buenos Aires, 1983. (Mimeo.)

GERALDES, P. C. Quem tem medo da co-gestão?. *Cadernos de Psiquiatria Social*, 1(1): 87-92, 1982.

GERALDES, P. C. *Co-gestão: um modelo de administração de serviços públicos de saúde – A experiência da regionalização e hierarquização da assistência psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro*, 1989. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GERALDES, P. C. *A Saúde Coletiva de Todos "os" Nós*. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

GERSCHMAN, S. *Movimentos sociais, construção de hegemonia e formulação de políticas: um estudo sobre o movimento médico e os movimentos populares em saúde*. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1991.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, J. Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia. *Cadernos do Nupso*, 2(3):37-40, 1989.

GOLDBERG, J. *A Doença Mental e as Instituições: a perspectiva de novas práticas*, 1992. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (IBASE). *Saúde Mental no Brasil*, Rio de Janeiro, 1991 (Mimeo.)

INFANTE, R.; GONÇALVES, L. M. R. & SAGGESE, E. "I Encontro Estadual de Saúde Mental". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35(6):365-366, 1986.

JONES, M. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

KALIL, M. E. X. (Org.). *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992

KOSHIBA, L. & PEREIRA, D. M. F. *História do Brasil*. São Paulo: Atual, 1987.

LAING, R. *Sobre Loucos e Sãos*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.75-89.

LANCETTI, A. Loucura metódica. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura 2* São Paulo: Hucitec, 1990. p.139-147.

LANCMAN, S. *A Loucura do Outro: o Juqueri no discurso dos seus protagonistas*, 1988. Dissertação de Mestrado, Salvador: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LOUGON, M. Assistência psiquiátrica e a co-gestão. *Cadernos de Psiquiatria Social*, 2(1):19-20, 1984.

LOUGON, M. *Os Caminhos da Mudança – Alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LOUGON, M. & ANDRADE, M. S. *Panorama Histórico da Reforma Psiquiátrica Recente no Brasil*, 1993. (Mimeo.)

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MACEDO, M. R. C. *Políticas de Saúde Mental no Brasil*, 1981. Dissertação Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MACHADO DE ASSIS, J. A. O Alienista. In:___. *Obras completas III*, Rio de Janeiro: Aquilar, 1962.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARIZ, P. & AMARANTE, P. Assistência psiquiátrica no norte do País. *Cadernos de Psiquiatria Social*, 2(1):14-18, 1984.

MARSIGLIA, R. Os cidadãos e os loucos no Brasil – A cidadania como processo. In: AAVV. *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo: Mandacaru/Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental/SP, 2ª ed., 1990. p.13-28.

MATUS, C. *Planificación de Situaciones*. Caracas: Cendes/Alfar, 1978.

MEDEIROS, T. A. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*, 1977. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MÉDICI, A. *A Medicina de Grupo no Brasil*. Rio de Janeiro: Seplan/IBGE, 1990. (Mimeo.)

MELLO, C. G. A medicina previdenciária. In: GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e Medicina no Brasil – Contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 2ª ed, 1979. p.175-179.

MELLO, C. G. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

MELLO, C. G. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

MEYER, L. Violência e complacência: em torno da antipsiquiatria. *Debate e Crítica*, 06:115-130, 1975.

MOREIRA, J. Assistência aos epilépticos – colônias para eles. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, 1(2):167-182, 1905.

MOTTA, P. R. A co-gestão no Instituto Nacional do Câncer: uma análise administrativa. *Cadernos Epab-FGV*, 21, 1983.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO. *Os Profissionais de Saúde Mental do Brasil se Organizam num Movimento de Oposição*. Camboriú, 1978. (Mimeo.)

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. *Relatório Final do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*. São Paulo, 1979. (Mimeo.)

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Documento Final do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. *Boletim da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 5(22):09-11, 1980.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. *Jornal do Psicólogo*, 7(21):04, 1987.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. *Saúde mental da rede pública – Uma proposta de organização dos trabalhadores*. Rio de Janeiro, 1987a. (Mimeo.)

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura 1*, São Paulo: Hucitec, 1989. p.91-108.

NICÁCIO, M. F. (Org.), *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

NICÁCIO, M. F. *O Processo de Transformação em Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*, 1994. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados/PUC.

OLIVEIRA, J. A. TEIXEIRA, S. F. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e medicina no Brasil – Contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed., 1979. p.181-205.

OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. F. (*Im*) *Previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.

PITTA, A. *Sobre uma Política de Saúde Mental*, 1984. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

PITTA, A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, p.647-655, 1994.

PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PORTOCARRERO, V. M. *Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria*, 1980. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica.

PORTOCARRERO, V. M. *O Dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*, 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

POSSAS, C. A. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PSICHIATRIA DEMOCRATICA. *Gorizia: I Congresso Nazionale di Psichiatria Democratica – Relazioni e interventi*. Padova: Edizioni Curc, 1974.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A & Costa, N.R. (Orgs.) *Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. p.15-73.

RIBEIRO, L. *A co-gestão no Centro Psiquiátrico Pedro II – Uma experiência de integração entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social*, 1986. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ROTELLI, F. Conferência. *Cadernos Polêmicos 1. Publicação do Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental*, São Paulo, 1986.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

ROTELLI, F. & AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil – aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria sem Hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SABBAG, M. Co-gestão – Convênios de alto custo e baixa qualidade. Psiquiatria em Revista, 1(1):25-26, 1982.

SAMPAIO, J. J. C. *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis,* 1988. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO/Coordenadoria de Saúde Mental. O Centro de Atenção Psicossocial *Prof. Luiz da Rocha Cerqueira* (Caps). Projeto de Implantação, São Paulo: SES/SP, 1982.

SERRA, A. *A Psiquiatria como Discurso Político.* Rio de Janeiro: Socii/Achiamé, 1974.

SOARES, S. *Enlouquecer para Sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência*, 1980. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Antropologia Social, Universidade Nacional de Brasília.

SOSINTRA. *Dossiê de documentos sobre a entidade – 1985/1990.* Rio de Janeiro: Sosintra, 1990.

SOUZA, M. C. G. Doença dos nervos: uma estratégia de sobrevivência. *A Saúde no Brasil*, 1(3):130-139, 1983.

SZASZ, T. *A Fabricação da Loucura.* Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TESTA, M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E. D. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*, Brasília: Opas, 1985. p.335-367.

TUNDIS, S. A. *Psiquiatria Preventiva: racionalização e racionalidade*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1987.

VAISSMAN, M. *Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*, 1983. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VELHO, G. Relações entre antropologia e psiquiatria. *Revista da Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e da Adolescência*, 2(1):11-17, 1976.

VENANCIO, A. T. *Sobre a 'Nova Psiquiatria' no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*, 1990. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VERAS, R. & S. A. Prevenção Primária em Saúde Mental – Reflexões e outras críticas. *Abertura*, 0:03-06, 1977.

VERAS, R. SCHECHTMAN, A. & NOGUEIRA, A. L. Um estudo teórico do modelo de prevenção psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 25(4):391-395, 1976.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M. T. & SERPA Jr., O. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.17-30.

WEBER, M. A ciência como vocação. In: ___. *Ensaios de Sociologia.* Rio de Janeiro: Zahar, 5ª ed., 1982. p.154-183.

YASUI, S. Caps; aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúdeloucura 1.* São Paulo: Hucitec, 1989. p.47-60.

A TÍTULO DE POSFÁCIO

Por um "Brasil sem Manicômios no Ano 2000"

Às cinco e meia da madrugada de um dia quente de dezembro, uma nuvem de pequenos papéis, confetes improvisados, enchia uma sala de Brasília. Centenas de pessoas cantando, braços levantados, celebravam o final de uma sessão 'maratônica': era aprovada a moção de numero 212!

Terminava a II Conferência Nacional de Saúde Mental. O debate final – no qual eram discutidas as emendas às conclusões apresentadas pelos delegados – havia começado às dez da manhã do dia anterior; permaneciam ainda boa parte dos quinhentos delegados e dos observadores internacionais. O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e familiares de pacientes – vindos de todas as regiões deste imenso País, ultrapassava os 1.500. Aqueles momentos de júbilo colocavam fim aos dias de encontro e inauguravam uma frutífera via de participação democrática para o futuro da atenção psiquiátrica brasileira e, quem sabe, da América Latina. Era o final de um longo processo empreedido por uma eficiente e progressista equipe do Ministério da Saúde, com a colaboração de um importante grupo de líderes em todo o País, de diferentes orientações e posições, porém movidos pelo propósito comum da desinstitucionalização, pela vontade de realizar as reformas, desde a Coordenação de Saúde Mental, até o fórum de saúde mental coletiva, a professores da Escola Paulista ou da Fundação Oswaldo Cruz.

Este episódio atesta a vitalidade de um movimento de reforma (ou de reestruturação psiquiátrica, como gostam de dizer neste continente, desde a Declaração de Caracas) e inaugura uma nova forma de entender os processos de mudança. No mesmo sentido, pode ser entendida a apresentação do projeto de lei no Senado Nacional, que propõe a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, com a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária para garantir a salvaguarda dos direitos dos enfermos mentais. A originalidade brasileira encontra-se na maneira de integrar, no discurso da cidadania, na consciência social, a trama de atuações que deve construir um programa comunitário e o estilo de inventar novas fórmulas de atenção, a partir do protagonismo de todos.

Vejamos, por exemplo, a forma singular de atenção à cronicidade que é realizada por camponeses, voluntários, assessorados pela equipe de Saúde Mental de Bagé, no extremo sul gaúcho. É um programa bastante original de assistência a psicóticos crônicos. Outra proposta implica a utilização de leitos que acolhem pacientes mentais em hospitais gerais, sem qualquer diferenciação, em São Lourenço ou em Rio Grande. Há ainda a busca de uma atenção integrada à saúde em geral, com uma orientação de saúde pública, em alguns bairros de São Paulo. Podemos destacar ainda as experiências 'triestinas' de Santos ou de Campinas, dentre tantos outros processos de reforma que estão se realizando em todo o Brasil.

É a mobilização de um amplo e ativo coletivo, militante no campo social, 'loucos pela vida', que busca criar novas experiências para a transformação da vida (e não somente da assistência psiquiátrica). Muito pouco seria possível fazer sem que as formas de vida fossem modificadas. Numa ideologia, em um universo profissional, que se aproxima cada vez mais do laboratório neuro-fisio-endocrinológico, distanciando-se do conhecimento antropológico e clínico do sujeito, em que a psicopatologia é substituída por propedêuticas reducionistas do tipo DSM IV, SCAN, CID 10, não se torna possível um fazer humanista (não é possível saber medicina sem saber o que é o homem, diz o *Corpus* Hipocrático).

"De perto ninguém é normal", proclama um dos *slogans*; frases que repetem-se em cartazes e camisetas. É como se, outra vez, Marx e Rimbaud, Artaud e Freud, Franz Fanon e Marcuse animassem os movimentos de base. Uma reforma que conta com o que outrora se passou com os movimentos desinstitucionalizantes, alternativos, com os acertos e erros de mais de 50 anos de processos de transformação, desde as primeiras experiências iniciadas na França e Inglaterra. Uma reforma na qual se pretende conquistar algo mais que espaços organizativos pertencentes às forças mais inertes da sociedade brasileira e se consegue conjugar sua original capacidade social e comunitária, com uma clínica e investigação avançadas, lançando-se no resgate do patrimônio de cientificidade, tantas vezes usurpado por uma falsa academia. Incorporando as poucas ferramentas universalmente válidas de tecnologia sanitária e de atenção à saúde mental – psicopatológicas, diagnósticas, terapêuticas, epidemiológicas, de gestão – a seus espaços de vida, à sua trama participativa e comunitária, terá conseguido não só sobreviver, mas também criar novas bases para a assistência à saúde mental.

Este livro, imerso no percurso brasileiro de reforma psiquiátrica, é uma ferramenta neste caminho.

Manuel Desviat
Diretor do Instituto Psiquiátrico
Serviços de Saúde Mental José Germain – Madrid

Formato: 16 x 23 cm
Papel: Pólen Bold 70g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Reimpressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, outubro de 2010

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http//www.fiocruz.br/editora