

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KAROLINE DO CARMO RAMOS LAMENHA

**SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo a partir da
perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**

Maceió

2013

KAROLINE DO CARMO RAMOS LAMENHA

**SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo a partir da
perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, apresentada na Faculdade de Serviço Social, na Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosa Lúcia Prêdes Trindade

Maceió

2013

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

L228s Lamenha, Karoline do Carmo Ramos.
Saúde mental e desinstitucionalização : estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil / Karoline do Carmo Ramos Lamenha. – 2013.
114 f.

Orientador: Rosa Lúcia Prêdes Trindade.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2013.

Bibliografia: f. 108-114.

1. Saúde mental. 2. Desinstitucionalização. 3. Reinserção social.
4. Institucionalização. I. Título.

CDU: 364.264



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de **Karoline do Carmo Ramos Lamenha**, intitulada **“SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil”**, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 29 de julho de 2013, na Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Profª Drª Rosa Lúcia Prêdes Trindade
Orientadora (PPGSS - FSSO - UFAL)

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Valéria Costa Correia
Examinadora interna (PPGSS - FSSO - UFAL)

Prof. Dr. Walter Matias Lima
Examinador externo (PPGE - CEDU - UFAL)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, apoiaram, fortaleceram, criticaram a elaboração deste estudo e me ajudaram a concluí-lo.

Tive a honra e a alegria de contar com a valorosa contribuição da professora Rosa Prédes, minha orientadora e amiga, que me reabilitou academicamente, ajudando-me a descobrir potencialidades que eu não acreditava ter. Obrigada, Rosa, pela compreensão, carinho e paciência em todas as vezes nas quais precisei.

Aos professores da Banca de Qualificação: Maria Valeria Costa Correia (UFAL), que me ajudou não só com contribuições relevantes ao trabalho, mas durante toda a minha formação acadêmica, inspirando-me à militância no SUS desde a graduação até os dias atuais, e ao prof. Walter Matias Lima, pela relevância das suas contribuições para o aprimoramento no desenvolvimento desse estudo.

Aos meus pais, meus irmãos, cunhadas, tios, tias, primos e primas que ajudaram nos momentos mais difíceis do processo de estudo.

A todos os colegas de trabalho, que no cotidiano profissional entenderam minhas ausências e contribuíram, sempre que foi necessário, para a difícil tarefa de conciliar prática profissional e produção acadêmica.

Aos meus gerentes e amigos Josina Quirino, Suzana Lôbo e Berto Gonçalo, que me incentivaram e colaboraram, sem medir esforços, para o desenvolvimento desse trabalho.

A todas as minhas companheiras de pesquisa, com as quais sempre pude contar em diversas situações. Em especial, à professora Sandra Barros e às colegas Thais Guedes, Girlene Matis e Danielle Marinho. Obrigada por me fazerem acreditar que eu conseguiria chegar até aqui.

A todos os professores do mestrado, que ao longo do curso puderam contribuir com aulas relevantes que subsidiaram a minha compreensão sobre a realidade e o objeto de estudo, especialmente a professora Virginia

Borges, pela atenção e carinho, disponível em todas as vezes que dela necessitei.

A todas aquelas pessoas que torceram por mim.

A Paulete Cerqueira, pelo carinho, atenção e disponibilidade na valiosa contribuição em relação à conclusão desse trabalho.

Ao pai dos meus filhos, Herman Torres, que muito ajudou na conquista deste sonho.

Mas principalmente o meu muito obrigado aos meus filhos Yann Lamenha Torres e Vinícius Lamenha Torres, que me acompanharam, torceram, se privaram muitas vezes da minha companhia, dividiram a minha atenção com os livros e o computador, compartilharam comigo “a dor e a delícia” desse momento especial da minha vida, muito obrigada, meninos, vocês são os meus grandes amores e a luz que ilumina os meus dias.

Muito obrigada!

**Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só a
fazer outras maiores perguntas**

João Guimarães Rosa

RESUMO

A dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFAL (Universidade Federal de Alagoas) tem como objeto de estudo saúde mental e desinstitucionalização e visa analisar como as concepções sobre desinstitucionalização se expressam na saúde mental, sob a perspectiva da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil. A metodologia da pesquisa envolveu as modalidades bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica possibilitou o aprofundamento teórico, através da leitura de reportagens, artigos e obras referentes ao assunto, utilizando fichamentos e resumos dos conteúdos relevantes para pesquisa. A pesquisa documental possibilitou analisar a legislação de saúde mental e relatórios de Conferências de Saúde Mental. O trabalho analisou a relação entre a institucionalização e as propostas de desinstitucionalização do modo de produção capitalista, demonstrando que a institucionalização só acontece pela intervenção do Estado, a partir do capitalismo concorrencial, e se consolida através da organização da intervenção social do Estado no capitalismo monopolista, com uma função social diferente daquela que têm as instituições na fase pré-capitalista. Buscou-se também traçar um histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil identificando-se as abordagens sobre desinstitucionalização nos principais marcos históricos a partir da década de 1970 até 2010. Também foi possível resgatar as principais formulações sobre desinstitucionalização, encontradas nos autores que fundamentaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Desinstitucionalização. Reinserção social. Institucionalização.

ABSTRACT

The dissertation submitted to the Graduate Program in Social UFAL (Federal University of Alagoas) has as subject of study mental health and deinstitutionalization and aims to analyze how the concepts of deinstitutionalization are expressed in mental health from the perspective of anti asylum and psychiatric reform in Brazil. The research methodology involved modalities literature and documents. The literature review enabled the theoretical study, by reading reports, articles and works on the topic, using record keeping and summaries of relevant content for research. The documentary research possible to analyze the mental health legislation and reports Conference of Mental Health. The study examined the relationship between institutionalization and deinstitutionalization of the proposed capitalist mode of production, demonstrating that institutionalization occurs only by the intervention of the state, from competitive capitalism, and consolidated through the organization of social intervention in the state monopoly capitalism with a social function differently than they do institutions in the pre-capitalist. We sought to trace a history of psychiatric reform in Brazil identifying approaches to deinstitutionalization in the main landmarks from the 1970s to 2010. It was also possible to rescue the main formulations on deinstitutionalization, the authors found that founded the Psychiatric Reform in Brazil

KEYWORDS: Mental health. Deinstitutionalization. Social reintegration. Institutionalization.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
SUS	Sistema Único de Saúde
EC	Emenda constitucional
GM	Gabinete do ministro
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância à Saúde
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
CNSMI	Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
SENAI	Serviço Nacional e Aprendizagem Industrial
SEBRAE	Serviço de apoio às pequenas e médias empresas
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
CAPS IIIad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 H
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: BASES HISTÓRICAS E TEÓRICAS	15
1.1 Institucionalização da saúde mental no capitalismo concorrencial	21
1.2 Institucionalização da saúde mental no capitalismo monopolista	34
1.3 Crise contemporânea e as contradições da institucionalização da saúde mental a partir da década de 1960	44
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS FORMULAÇÕES TEÓRICAS E POLÍTICA SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL	59
2.1 Aspectos históricos da reforma psiquiátrica no Brasil	59
2.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 1978 a 1991	60
2.1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 1992 a 2000	70
2.1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 2001 a 2010	74
2.2 O debate sobre desinstitucionalização e saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira	86
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	108

INTRODUÇÃO

A dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) apresenta o estudo sobre saúde mental e desinstitucionalização, a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil. Trata-se de um tema atual, especialmente por estar inserido em um contexto intimamente ligado à conjuntura social contemporânea, relacionado com Estado, políticas sociais estatais e as polêmicas que envolvem a institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico e/ou por uso de drogas. A dissertação está vinculada aos estudos desenvolvidos no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, através do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental coordenado pela professora orientadora Dr^a Rosa Prêdes.

A pesquisa teve como objetivo analisar como as concepções que permeiam o conceito de desinstitucionalização se expressam na saúde mental na perspectiva da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Buscou-se identificar e analisar as produções dos autores da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica que utilizam concepções teóricas relativas ao conceito de desinstitucionalização na saúde mental, bem como analisar os documentos da luta antimanicomial e da política de saúde mental, tanto no âmbito nacional como internacional. Procurou-se também abordar concepções teóricas relativas ao conceito de desinstitucionalização na saúde mental, além de aprofundar o estudo sobre desinstitucionalização com o respaldo das discussões sobre indivíduo e sociedade, no modo de produção capitalista.

O trabalho considerou os limites da sociedade capitalista e o pressuposto de que a política econômica e a política social mantêm uma estreita relação. Observa-se que a política social está subordinada à política econômica, e isso interfere nos serviços públicos que são prestados à população, conseqüentemente nas políticas de saúde, e mais especificamente na política de saúde mental. Por sua vez, a reforma psiquiátrica brasileira está marcada pelas contradições próprias do capitalismo.

O objeto de estudo surgiu, em primeiro lugar, a partir do conhecimento prévio sobre o tema obtido ao longo da trajetória profissional da

autora, que por 16 anos atuou na saúde mental nos mais diversificados serviços, desde em hospital psiquiátrico até a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Maceió. Atualmente sua contribuição tem sido na área de gestão, trabalhando como assistente social da Gerência de Núcleo de Saúde Mental do Estado de Alagoas, na Secretaria de Estado da Saúde. O envolvimento com a pesquisa sobre o tema saúde mental já vinha ocorrendo desde 2005, quando ingressou no grupo de pesquisa da UFAL, como parte da equipe do projeto de pesquisa sobre a *Avaliação da organização da rede de serviços de atenção à saúde mental no Estado de Alagoas*¹ e posteriormente do projeto de pesquisa *Concepções e intervenções com famílias na atenção em saúde mental e a garantia de proteção aos portadores de transtornos mentais*.

Durante a realização das pesquisas citadas no parágrafo anterior, foi reafirmada a perspectiva do modelo antimanicomial e o compromisso da defesa dos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, porém elas despertaram para a urgência de se aprofundar e refletir sobre os conceitos fundamentais que esse processo de mudança de modelo trouxe aos profissionais e à universidade.

Entre eles, citamos o conceito de desinstitucionalização, bastante presente no debate contemporâneo, não somente na área da saúde mental, como em muitas áreas de atuação do serviço social. O estudo sobre desinstitucionalização expressa nosso interesse em aprofundar o conhecimento sobre o processo histórico estratégico da reforma psiquiátrica. Este consiste em tentar fazer o desmonte da cultura asilar e institucionalizante em saúde mental, em virtude de uma recente polêmica sobre a atual tendência a se institucionalizar e asilar pelo viés dos transtornos mentais relacionado ao uso de drogas.

Para nortear esta investigação foi formulado o problema de pesquisa nos seguintes termos: Qual o debate histórico sobre institucionalização na saúde mental? Qual o debate, os conceitos, as influências e as perspectivas teóricas que envolvem e norteiam o conceito de desinstitucionalização no campo da reforma psiquiátrica brasileira?

¹Pesquisa desenvolvida no período de 2005 a 2007, pelo Convênio (PPSUS-2004), cujo objetivo era acompanhar e avaliar a política de saúde mental em Alagoas, investigando obstáculos existentes à organização da rede de atenção em saúde mental, de acordo com preceitos da reforma psiquiátrica, com destaque para a responsabilidade do município nos cuidados com assistência em saúde mental aos seus munícipes.

A metodologia da pesquisa envolveu as modalidades bibliográfica e documental². A pesquisa bibliográfica possibilitou o aprofundamento teórico, através da leitura de reportagens, artigos e obras referentes ao assunto, utilizando fichamentos e resumos dos conteúdos relevantes para pesquisa. A pesquisa documental possibilitou analisar a legislação de saúde mental e relatórios das Conferências de Saúde Mental. Para desenvolvimento do trabalho, as leituras realizadas foram: Relatório Final das Conferências Nacionais de Saúde Mental, Relatórios de Gestão Nacional, toda a legislação e a normatização brasileira sobre a reforma psiquiátrica a partir de 1978; artigos científicos, relatórios de encontros da luta antimanicomial, teses e dissertações sobre reforma psiquiátrica, a produção bibliográfica dos precursores da Reforma e seus influenciadores, nacionais e internacionais. Os critérios de seleção dos autores foram estabelecidos a partir das leituras prévias e das leituras exploratórias realizada no levantamento bibliográfico sobre o tema, utilizando como referências o objeto, o ano de produção, e a referência bibliográfica dos autores. Posteriormente, foram realizadas leituras dos tipos: seletiva, reflexiva, crítica e interpretativa, a partir das quais foram retiradas as informações necessárias para a compreensão do conceito estudado de acordo com o contexto sócio-histórico no qual o mesmo foi abordado. Durante este último momento, foram elaborados fichamentos e quadros de análises temáticas do conceito abaixo trabalhado.

A investigação identificou as produções dos autores da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica que utilizaram concepções teóricas relativas à desinstitucionalização, analisou os documentos da luta antimanicomial e da política de saúde mental no nível nacional e internacional. Neste processo, procuramos identificar as concepções teóricas presentes no debate sobre desinstitucionalização na saúde mental e relacioná-las com o modo de produção capitalista e com as relações estabelecidas entre Estado e sociedade, no que refere ao trato com a Política Pública de Saúde, enquanto política social.

Estando o objeto de estudo definido pelas particularidades da reforma psiquiátrica no contexto do capitalismo, a investigação teve um caráter qualitativo, tendo em vista a natureza do objeto e o tipo de pesquisa realizada.

² Descreveremos a metodologia da pesquisa para esta dissertação, mas destacamos a relevância das discussões realizadas no grupo de pesquisa ao qual somos vinculadas, em especial o envolvimento com a IV Conferência de Saúde Mental e as recentes polêmicas que envolvem internamentos compulsórios e involuntários em instituições fechadas.

Evidencio, ademais, o caráter predominantemente teórico-histórico dessa pesquisa, uma vez que os dados analisados foram oriundos de material bibliográfico e documental, ressaltando o interesse de veiculação e visão de mundo historicamente construído da perspectiva antimanicomial e dos princípios e diretrizes do SUS enquanto política pública de saúde.

Os resultados da pesquisa são aqui apresentados no formato de dissertação de mestrado, em duas seções. Na primeira seção, abordaremos as formas sob as quais a institucionalização da loucura se apresentou socialmente ao longo da história, a partir do surgimento do capitalismo e passando pelo período do capitalismo concorrencial. Seguiu-se então o capitalismo monopolista, até o período de crise contemporânea, considerando-se a necessidade de bases para a compreensão da desinstitucionalização fortemente defendida pelos precursores da reforma psiquiátrica.

A reclusão de loucos teve, no curso da história, várias modalidades e formatos, entretanto nem todas essas formas podem ser caracterizadas como institucionalização. Tal assertiva está baseada numa análise apresentada ao longo dessa primeira seção como uma das idéias centrais dessa dissertação: a de que a institucionalização só acontece a partir da intervenção do Estado, a partir do capitalismo concorrencial, e é consolidada através da organização da intervenção social do Estado no capitalismo monopolista, com uma função social diferente daquela que tem suas instituições na fase pré-capitalista.

Na segunda seção, o histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, como base para entender as formulações teóricas e políticas sobre desinstitucionalização, apresentará tais conceitos desde os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica no Brasil na década de 1970 até a incorporação de novos desafios para a reforma psiquiátrica.

Procuramos analisar neste trabalho que o conhecimento sócio-histórico do processo de institucionalização das pessoas com sofrimento ou transtorno mental está relacionado às determinações econômicas, sociais e políticas. Tivemos a intenção de demonstrar que, após a mudança do modo de produção do feudalismo para o capitalismo, essa discussão tem sido permeada e tensionada pelas contradições do modo de produção capitalista, inclusive pela incorporação desse fenômeno pela esfera pública, através do Estado e das políticas sociais.

1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: BASES HISTÓRICAS E TEÓRICAS

Nesta seção, abordaremos as bases históricas para entender o processo de institucionalização da saúde mental, especialmente desenvolvimento do capitalismo, destacando-se as particularidades do capitalismo concorrencial e do capitalismo monopolista, até o período de crise contemporânea. Tal abordagem se faz necessária, considerando-se a necessidade de bases para entender a desinstitucionalização e a reinserção social, tão fortemente defendidas pelos precursores da reforma psiquiátrica.

A reclusão de loucos teve, no curso da história, várias modalidades e formatos, entretanto nem todas essas formas serão aqui consideradas como institucionalização. Tal assertiva está baseada numa análise, apresentada ao longo dessa seção, de que a institucionalização só acontece a partir da intervenção do Estado, a partir do capitalismo concorrencial, e consolidada através da organização da intervenção social do Estado no capitalismo monopolista, com uma função social diferente daquela que têm as instituições na fase pré-capitalista.

Não é nova a discussão sobre o lugar do louco na sociedade. Pessoti (1996) mostra que, já no século XII, Bartolomeu Salerno defendia “colocar o chamado paciente insano de mente em um espaço especial, imune às influências nocivas do ambiente cotidiano, da vida normal, na intenção de protegê-lo e ‘revigorá-lo’”. Na sociedade pré-capitalista, a loucura podia e devia explodir na sua verdade, e era entendida como parte das quimeras do mundo. Podia-se viver no meio dela, que só seria separada do convívio social no caso de tomar formas extremas ou perigosas; a prática de internar e isolar ainda não eram sistemáticas.

Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão artificial da cidade (FOUCAULT, 1979).

No contexto social e político do fim da Idade Média, em meados do século XV, ocorrem várias modificações historicamente importantes. Surgiram nações, as divisões nacionais se tornaram acentuadas, as literaturas nacionais fizeram seu aparecimento, e regulamentações nacionais para a indústria substituíram as regulamentações locais. Passaram a existir leis nacionais, línguas nacionais e até mesmo Igrejas nacionais. Os homens começaram a dever fidelidade

não à sua cidade ou ao senhor feudal, mas ao rei, que é o monarca de toda uma nação. Modificações nas formas de vida provocaram o crescimento e o advento da classe média, trazendo novas modificações no modo de vida da sociedade. As antigas instituições, que haviam servido a uma finalidade na velha ordem, entraram em decadência e novas instituições surgiram, tomando seu lugar (HUBERMAN, 1981, p. 66).

Neste período, nos séculos XV e XVI, segundo Foucault (2012, p.13-15), o louco tinha uma existência facilmente errante. As cidades os escorraçavam; deixava-se que corresse pelos campos, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos; seguiam então em barcos de uma cidade para outra. Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracarem em seus portos, porém, neste período, esta não era a única forma de recolhimento dos loucos. Existem registros de lugares de detenção reservados aos chamados insanos na Europa, o que aponta para a possibilidade de os loucos não serem expulsos das cidades nas naus de modo sistemático. Tal constatação faz supor, assim, que eram escorraçados apenas os estrangeiros, e cada cidade tomava conta apenas daqueles que são seus cidadãos. Registra-se ainda que, neste período, o acesso às igrejas é proibido aos loucos, embora o direito eclesiástico não lhes proibisse o sacramento da comunhão.

No contexto econômico e político do século XVI a meados do século XVIII, a loucura situa-se então no início do desenvolvimento capitalista, destacado pela existência primária de um estágio que começa com a acumulação primitiva e vai até os primeiros passos do capital, para controlar a produção de mercadorias e, nela, comandar o trabalho, mediante o estabelecimento da manufatura. Trata-se do estágio inicial do capitalismo (NETTO - BRAZ, 2006, p.170). Do ponto de vista social, o fechamento das terras com a transição do modo de produção feudalista para o modo capitalista provocou muito sofrimento e graves problemas sociais. E quando a indústria capitalista teve necessidade de trabalhadores, encontrou parte da mão-de-obra entre as pessoas que não possuíam terra, que tinham apenas a sua capacidade de trabalho para ganhar a vida. Huberman (1981.p.92) afirma que os dados sobre a mendicância nos séculos XVI e XVII são surpreendentes: “Um quarto da população de Paris na década de 1630 era constituído de mendigos, e nos distritos rurais seu número era igualmente grande. Na Inglaterra, as condições não eram melhores”. Dessa forma, com a acumulação produtiva, as porteiras dos feudos

foram abertas e os loucos passam a ter novos desafios no convívio social, por serem considerados corpos improdutivos, ameaçadores da ordem burguesa, que, do ponto de vista dos valores dominantes, não reproduzem o capital na forma de trabalho acumulado.

Concomitantemente, o território do Brasil é descoberto, no século XVI, como parte das explorações marítimas, das grandes navegações, quando Portugal e Espanha exploravam o oceano em busca de novas terras. Neste período, Portugal passou a explorar o Brasil através do extrativismo do pau-brasil, retirando da Mata Atlântica toneladas da valiosa madeira, cuja tinta vermelha era comercializada na Europa. Para isso era utilizado o escambo, ou seja, os indígenas recebiam dos portugueses pequenas coisas como espelhos e apitos, em troca de trabalho no corte e carregamento das toras de madeira até as caravelas. No caso de busca de agilidade no trabalho, segundo Prado Júnior “também se presenteavam os índios com ferramentas mais importantes e custosas: serras, machados. Assim mesmo, a margem de lucro era considerável, pois a madeira alcançava grandes preços na Europa” (Prado Júnior, 1981, p.16).

Prado Júnior (1981) assinala também que no Brasil os indígenas não se submeteram facilmente ao trabalho organizado que exigia a colonização; pouco afeitos a ocupações sedentárias (tratava-se de povos seminômades, vivendo quase unicamente da caça, pesca e colheita natural), resistiram ou foram dizimados em larga escala pelo desconforto de uma vida tão avessa a seus hábitos. Outros se defenderam de armas na mão; foram sendo aos poucos eliminados, mas não sem antes embaraçar consideravelmente o progresso da colonização nascente que, em muitos lugares e durante longo tempo, teve de avançar lutando e defendendo-se contra uma persistente e ativa agressividade do gentio. Com a chegada da corte portuguesa, ocorrem no Brasil consideráveis mudanças, que vão desde hábitos e costumes, ao perfil epidemiológico e incidência de novas doenças. Essas mudanças se intensificam com a chegada dos negros, trazidos ao Brasil para exploração e escravidão. Resende (2001, p.34) diz que a vida social da época aparece fortemente polarizada entre dois extremos da vida social: de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos; entre eles a massa indefinida, que não cessa de crescer, de indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho.

Santos (2012) descreve que, no Brasil, a começar pela repugnância em relação ao clima, os colonos portugueses vieram para ser dirigentes, empresários comerciais, mas não trabalhadores. A motivação de migrar para um lugar tão antagônico foi a de produzir especiarias de que a Europa não dispunha. Mesmo diante de proposta tão promissora, com a garantia de regalias políticas proporcionada pela Coroa, poucos portugueses se animaram a vir inicialmente para ocupar o nosso território, inclusive porque a escassez populacional na Europa durante esse período – devida a pestes – desfalcou os braços de trabalho disponíveis.

No Brasil, há registros das práticas indígenas e de como estes povos percebiam as doenças mentais. Práticas mágicas, vinculação a espírito maligno e a rituais faziam parte da ação “terapêutica” do pajé, o médico-feiticeiro da tribo, muito respeitado e responsável também pelos cuidados dispensados aos portadores das doenças de então. Com a colonização vieram os jesuítas, e durante todo o período colonial não se verificou qualquer atenção específica às doenças mentais (RIBEIRO, 1999, p.15-16). Em 1543, surgem as Santas Casas das Irmandades de Misericórdia no Brasil, instituições filantrópicas e religiosas que acolhiam os enfermos. Nelas, o atendimento hospitalar era feito de forma precária, cumprindo mais uma função de amparo social do que de assistência médica.

Na Europa, no contexto da transição para o capitalismo, em meados do século XVII, a forma de tratar a loucura foi marcada pela reclusão e recolhimento dos loucos, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Frequentemente, tais edifícios eram os antigos leprosários da era medieval, antes usados para segregar o leproso em defesa da saúde pública, porém o fim da lepra os deixa vazios e sem utilidade.

Ainda no século XVII, na Itália e na França, os loucos considerados tranqüilos eram deixados em suas próprias casas ou perambulavam pelas estradas, expondo-se ao riso público. Quando eram considerados perigosos ou agressivos, eram trancafiados junto com delinquentes comuns, acorrentados e entregues aos carcereiros. Simultaneamente, alguns loucos ricos eram recolhidos por instituições de caridade, cujo número crescia no final do século XVII (PESSOTTI, 1996, p.154).

Nas últimas décadas desse século, as pessoas com sofrimento ou transtorno mental eram intitulados de alienados, passando a ser recolhidos em

hospitais civis (gerais)³, em péssimas condições, sempre trancados nos locais mais apartados, lúgubres e insalubres dos hospitais, que eram muitas vezes filantrópicos. Por vezes, eram colocados junto aos pacientes com doenças incuráveis. Sem assistência médica, quase sempre eram acompanhados por religiosos, ou confiados ao arbítrio de guardas rudes, munidos de chicote e bastão. De costume, eram presos a correntes, fixadas ao pavimento ou à parede (PESSOTTI, 1996, p.154). Nesse mesmo período, começam a surgir os primeiros hospícios, hospitais específicos para os considerados loucos, embora a prática usual fosse ainda a de trancá-los em edifícios apartados, nos hospitais gerais (PESSOTTI, idem). Em 1660, quatro anos apenas após a fundação do Hospital Geral, o parlamento de Paris decidia que um pavilhão especial estaria reservado à "reclusão dos loucos e das loucas". Os hospitais não diferiam em nada das casas de correição⁴. O doente, o pobre, o prisioneiro que aí se lançava era sempre visto como um pecador atingido por Deus, que, antes de qualquer coisa, devia expiar sua culpa. Ele sofria tratamentos cruéis (CASTEL, 1978, P.21-47).

Isto posto, evidencia-se, pois, que, nas sociedades que antecederam a consolidação da sociedade capitalista, iniciativas como esta de hospitais gerais para atender algumas responsabilidades sociais se concretizavam “não com o fim de garantir o bem comum, mas com vistas a manter a ordem social e punir a vagabundagem” (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 47), com o apoio da caridade privada e da filantropia. No caso dos loucos nesses hospitais, a mudança na condição é pequena. Agora ele apenas está separado de outros tipos de doentes, num espaço destinado especificamente a recolhê-lo e a custodiá-lo. Vale ressaltar que custódia, tutela e interdição são termos recorrentes na história da institucionalização da loucura. A custódia, em sua origem, fundamentava-se do ponto de vista filosófico no naturalismo, onde o doente mental seria considerado um ser fraco, necessitando, portanto, de ajuda dos mais fortes e mais dotados. Só no século XIX vai se intensificar o conceito de que cabe ao Estado a custódia do doente mental (COHEN, FERRAZ e SEGRE, 1996).

³É preciso lembrar que o hospital só se tornou um meio prioritariamente médico no século XIX. Sob o Antigo Regime, a população dos hospitais não era constituída somente de doentes nem de todos os doentes

⁴ Casas de correição eram estabelecimento prisional que consistia na reabilitação de presos através de trabalho obrigatório nas oficinas durante o dia e o isolamento noturno (Porto, 2007)

Para essa discussão, vale resgatar a definição de direitos em Marshall (1967), pela sua importância nos temas relacionados a direitos e cidadania. Esse autor busca a caracterização das várias maneiras pelas quais teoricamente se concretiza a participação dos indivíduos na comunidade política. Essas maneiras se corporificam através dos chamados direitos – que, segundo Marshall (1967), o Estado reconhece a todos os indivíduos –, prerrogativas a que correspondem correlatamente obrigações para com o Estado, isto é, os chamados deveres. Marshall (1967) nos propõe uma classificação dos direitos individuais correspondente a um quadro de indicadores da cidadania.

Dessa forma, são direitos civis, para Marshall (1967), aqueles direitos que concretizam a liberdade individual, como os direitos à livre movimentação e ao livre pensamento, à celebração de contratos e à aquisição ou manutenção da propriedade, bem como o direito de acesso aos instrumentos necessários à defesa de todos os direitos anteriores (ou seja, o direito à justiça). São direitos políticos, segundo Marshall (1967), aqueles direitos que compõem, no seu conjunto, a prerrogativa de participar do poder político, prerrogativa essa que envolve tanto a possibilidade de alguém se tornar membro do governo quanto a possibilidade de alguém escolher o governo. Por fim, os direitos sociais equivalem, para Marshall (1967), à prerrogativa de acesso a um mínimo de bem-estar e segurança materiais, o que pode ser interpretado como o acesso de todos os indivíduos ao nível mais elementar de participação no padrão de civilização vigente.

Para esse autor, não basta que tais direitos sejam “declarados” e figurem em texto legal para que eles se concretizem e possam ser considerados em plena operação na vida real. Segundo Marshall (1967), a concretização de cada um desses tipos de direito depende da emergência de *quadros institucionais específicos*. Para ele, os direitos sociais só serão garantidos caso o Estado esteja dotado de um aparato administrativo suficientemente forte, a ponto de propiciar serviços sociais que assegurem o acesso universal a um mínimo de bem-estar e segurança materiais.

Somente a partir do final do séc. XVII, o louco passou a ser assumido pela medicina como doente enquanto responsabilidade de seu campo de ação, apesar de ser embrionário o pensamento médico-científico sistematizado sobre a doença mental. Até esse período, nos grandes asilos para alienados juntavam-se indivíduos pertencentes às minorias que representavam diversos

problemas sociais, tais como: mendigos, delinquentes, prostitutas e loucos de rua. E, mesmo depois de a loucura ter sido definitivamente incorporada ao campo da medicina, inicialmente persistia a falta de modelos, definições e sistematizações que pudessem caracterizar diferentes espécies clínicas do vasto gênero da considerada “loucura”.

Identificamos que hospícios mais amplos, menos feios, arejados, com melhores condições sanitárias e já organizados para a função hospitalar vão aparecer no início do século XVIII, embora continuem situados em edifícios apartados de hospitais gerais. Ainda nesse século, surgem numerosas instituições para custodiar loucos, ou hospícios, em quase toda a Itália. Atribui-se ser este fato um efeito da bula papal de agosto de 1749, recomendando que as províncias dos Estados Pontifícios construíssem e mantivessem hospícios para acolher e tratar os "mentecaptos"⁵ (PESSOTTI, 1996, p.155).

Ao finalizar este item, gostaria de demarcar que a crise do feudalismo resultou de múltiplos processos que convergiram no aparecimento de uma nova ordem social substantivamente diferente. Na sequência, apontamos como o ciclo da Revolução Burguesa assentou em processos igualmente diferenciados, mas que convergiram para o surgimento de uma ordem social substantivamente diversa da do antigo regime, ao tempo que relacionaremos essas mudanças com as modificações do conceito de institucionalização da saúde mental.

1.1 Institucionalização da saúde mental no capitalismo concorrencial

Na segunda metade do século XVIII, o capitalismo ingressa em outro momento, organizando a produção através da nascente *grande indústria*, aproximadamente a partir da sua oitava década, quando se configura o capitalismo concorrencial (também chamado de "liberal" ou "clássico"), que perdurará até o último terço do século XIX. No decurso desse período, de cerca de cem anos, o capitalismo vai se consolidar nos principais países da Europa Ocidental, nos quais erradicará ou

⁵Expressão de origem latina, utilizada no século XVIII para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, significando “privado, desprovido da razão, da capacidade de pensamento”

subordinará à sua dinâmica as relações econômicas e sociais pré-capitalistas, e revelará as suas principais características estruturais⁶(NETTO-BRAZ, 2006, p.172).

Sob o capitalismo concorrencial, as lutas de classes antagonizam a burguesia e os trabalhadores e, pouco a pouco, avançam para uma crescente *politização*, que torna os trabalhadores mais conscientes. Tal foi, na primeira metade do século XIX, a violência dos primeiros protestos operários, expressando a reação à brutalidade da exploração capitalista, então basicamente centrada no incremento do excedente mediante a extensão da jornada de trabalho (mais-valia absoluta). Inexistiam quaisquer garantias para os trabalhadores, indefesos diante da burguesia (NETTO-BRAZ, 2006, p.173).

As lutas de classes influenciam de forma decisiva no desenvolvimento das forças produtivas. A resposta burguesa aos protestos dos trabalhadores tomou também a forma de incorporação de novas tecnologias à produção, de modo a atemorizar os proletários com a ameaça do desemprego pela redução da demanda de *trabalho vivo*. A ausência de garantias aos trabalhadores era fator relevante para criar as condições de submissão do trabalhador ao patronato, uma vez que o Estado, nas mãos dos capitalistas (ou de seus representantes políticos), atendia praticamente apenas ao interesse do capital. O essencial das funções do Estado burguês restringia-se as tarefas repressivas: cabia-lhe assegurar o que podemos chamar de condições externas para a acumulação capitalista – a manutenção da propriedade privada e da "ordem pública" (leia-se: o enquadramento dos trabalhadores). Tratava-se do Estado fundamentado pela teoria liberal: um Estado com mínimas atribuições econômicas. Porém, isso não significa um Estado alheio à atividade econômica, pelo contrário: ao assegurar as condições externas para a acumulação capitalista, o Estado intervinha no exclusivo interesse do capital – e era exatamente essa a exigência liberal (NETTO-BRAZ, 2006, p.173).

Neste período, a loucura ainda estará enclausurada, geralmente em pavilhões especiais nos hospitais gerais, existentes a partir de uma ordem do rei ou *lettre de cachet*. Essa ordem⁷ era outorgada por intermédio do ministro da Casa real,

⁶Processo que culminará na *subsunção real* do trabalho, caracterizado pela produção em larga escala, envolvendo ciência e maquinaria e assegurando o predomínio da mais-valia relativa, em contraste com a prevalência da mais-valia absoluta pelo aumento da produtividade técnica do trabalho.

⁷As "ordens de justiça" consistiam em embargos ou sentenças de sequestro, em geral de duração ilimitada, dadas por uma das numerosas jurisdições competentes. Às vezes, o enclausuramento era decidido por uma "ordem particular" de magistrado, porém essa medida, suspeita de comportar riscos

por iniciativa da autoridade pública ou por iniciativa das famílias. Desta forma, quando alguém considerado insano perturbava a ordem pública, os serviços da chefia de polícia de Paris e os intendentes, nas províncias, podiam solicitar uma ordem de internação ao rei. Eles podiam até apoderar-se do louco, mas a sequestração provisória só passava a ser legal após a obtenção da *lettre de cachet* (CASTEL, 1978, P.17).

A 25 de março de 1813, um decreto imperial exige dos prefeitos um recenseamento dos alienados e uma avaliação de sua situação: quem provê as suas despesas, que tratamento lhes é aplicado, que regras são seguidas para decretar sua sequestração, quais são os abusos que devem ser reformados e as melhorias a serem propostas, qual é a proporção dos alienados socorridos em relação aos que permanecem a cargo das famílias etc. As circunstâncias políticas fizeram com que esse inquérito não fosse explorado sistematicamente. Entretanto, a administração napoleônica dava bastante importância a seu projeto. Trata-se, de fato, de adotar para os alienados a solução adotada para os criminosos: instituir cerca de vinte grandes estabelecimentos regionais que enquadrarão todo o território e fixarão assim, após os vagabundos e os criminosos, os últimos nômades sem controle (CASTEL, 1978, p.129).

Certamente, tal sistema não era simples. Mas também não era arbitrário, porque consistia em fazer passar o máximo de práticas de reclusão, da jurisdição real para a autoridade judiciária, expressando um equilíbrio, não isento de tensões, entre três poderes – real, judiciário, familiar – que se amparam mutuamente, com diversas possibilidades de negociações, compromissos e permutações. Observa-se, assim, uma evolução significativa de suas relações durante as décadas que precedem a queda do Antigo Regime (CASTEL, 1978, p.18).

de arbítrio, tendeu a cair em desuso no fim do Antigo Regime. O procedimento judiciário mais elaborado era o da interdição, que será adotado de maneira idêntica pelo código napoleônico. Após demanda apresentada pela família (excepcionalmente pelo procurador do rei), o juiz proferia o embargo após recolher os testemunhos, fazer comparecer os protagonistas e interrogar o louco. A pessoa reconhecida insana podia, então (mas isto não era obrigatório), ser sequestrada em uma casa de detenção e seus bens eram colocados sob tutela. A complexidade desse processo, seu custo elevado, a publicidade dos debates, tão temidos para a "honra da família", tornavam tal medida relativamente pouco solicitada. Adicionando as interdições e os outros modos de intervenção por via judiciária, pode-se avaliar que a proporção das sequestrações por causa de loucura que, no fim do Antigo Regime, provinham das "ordens de justiça", situava-se por volta de um quarto (CASTEL, 1978)

Em sua luta contra os Parlamentos, a autoridade real tenta, inicialmente, impor sua hegemonia, ao mesmo tempo em relação à justiça e às congregações religiosas suspeitas de negociar, algumas vezes diretamente com as famílias, a sequestração de seus insanos e outros suscetíveis de correção. Assim, em 1757, o ministro da Casa real quer suprimir as "ordens particulares dos magistrados" suspeitos de arbítrio. Em 1767, o poder real cria um novo espaço de detenção, tratado por Castel (1978) como "depósitos de mendigos", submetidos à autoridade direta dos intendentos e sem controle judiciário, apesar da viva oposição dos parlamentos. Esses "depósitos de mendigos" herdaram uma parte das funções dos Hospitais Gerais, cada vez mais saturados de velhos pobres, e adquirem o hábito de acolher um número crescente de alienados (CASTEL, 1978, p.18).

Existe, portanto, uma oscilação entre a legitimação das reclusões pelo poder real e pelo poder judiciário e a passagem da preponderância do primeiro para o segundo. Mas, de certa forma, eles permanecem complementares pelo esboço de uma divisão do trabalho: garantias da justiça para os ricos e repressão pelos agentes do executivo para os pobres. E, sobretudo, sob estas mudanças o sentido geral da legislação da loucura no Antigo Regime continua a fazer da loucura, na medida do possível, uma "questão de família". E só negativamente, na ausência, na carência ou impotência da família ou, positivamente, sob sua demanda, é que uma instância exterior intervém (CASTEL, 1978, p.19).

Por essa razão, não deve surpreender que as mesmas disposições valham para os loucos e para as outras categorias de pessoas consideradas suscetíveis de correção, como pródigos, libertinos e mesmo espiões. As "ordens" são tomadas contra o desvio familiar ou contra ameaças a segurança pública: crimes de Estado, indisciplina militar ou religiosa, questões de polícia. Os problemas referentes aos considerados insanos representam apenas uma subespécie dessa categoria de delitos que provocam a intervenção do poder executivo. Os diferentes tipos de desvio são, portanto, menos confundidos do que reunidos sobre a base da repressão comum que eles exigem (CASTEL, 1978, p.21).

Assim, no que diz respeito às discussões em torno do controle sobre a loucura, tratava-se não somente de desafiar a ordem política e jurídica liberal, mas também de consolidar uma nova concepção do homem e de sua relação com a sociedade, amplamente ancorada em formulações positivistas e cientificistas. Dessa forma, pensar sobre a loucura consistia em também pensar sobre o individualismo,

alimentado pela doutrina liberal, discutindo os limites e as possibilidades da liberdade individual.

Nesse contexto capitalista, podemos situar que o louco e a loucura colocam em xeque o princípio essencial da sociedade burguesa: a razão (ROSA, 2003, p.45). A burguesia ascende fundamentada na valorização do que é racional, da razão, com uma exigência de uma nova liberdade, porém as principais necessidades que afloram no contexto capitalista visam atender ao interesse do capital e da classe dominante, e o louco é um desafio a essa razão. Pois, como indivíduo, ele é sujeito, e como sujeito ele se mostra insensato, e pela insensatez ele não é sujeito de direito. Todos devem ser responsáveis pelos seus atos, mas a loucura o torna impossibilitado de responder pelos seus atos; dessa forma, não pode ser objeto de sanções. Incapaz de trabalhar ou de "servir", não entra no circuito regulado das trocas, essa "livre" circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém segundo outro sistema de punições, diverso do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis, isso em uma sociedade que se orgulhava por conseguir a liberdade e a igualdade perante a lei. "Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas "normais" e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional" (CASTEL, 1978, p.15).

Sobre a base da *grande indústria* (a indústria moderna), que provocará um processo de urbanização sem precedentes, o capitalismo concorrencial criará o *mercado mundial*: os países mais avançados buscarão matérias primas e brutas nos rincões mais afastados do globo e inundarão todas as latitudes com as suas mercadorias produzidas em larga escala – estabelecem-se vínculos econômicos (e culturais) entre grupos humanos separados por milhares e milhares de quilômetros. Povos, nações e Estados situados fora da Europa, que se mantinham isolados e resistindo com recursos de força, são agora integrados, mais pela via da invasão comercial que pela intervenção militar. É supérfluo acrescentar que essa integração se operou entre parceiros que dispunham de condições socioeconômicas muito desiguais e suas consequências contribuíram para ampliar e aprofundar tal desigualdade. Mas, de fato, durante a

vigência do capitalismo concorrencial, estabeleceu-se o que, no estágio subsequente do capitalismo, haverá de consolidar-se e desenvolver-se: um sistema econômico internacional, ou, mais exatamente, uma *economia mundial* (NETTO-BRAZ, 2006, p.172).

Neste contexto, do ponto de vista social, o modo de tratamento do louco e da loucura toma novos rumos. É alterado, de forma embrionária, o processo histórico de exclusão social de reclusão da loucura para iniciar o processo de institucionalização em manicômios, asilos e hospitais, tensionado pelos ditames do modo de produção capitalista. Começa a ser cada vez mais forte a ideia de que desequilíbrios, desajustes, desordens, loucuras ou desperdício de força de trabalho e de vidas humanas afigura-se com intensa gravidade como impacto econômico e, ao mesmo tempo, como atentado contra a humanidade e a ordem burguesa. Esses indivíduos vão começar um processo histórico de desligamento de seu meio social de origem, em longos períodos de reclusão a que serão submetidos. Começa assim sutilmente a se desenhar para o louco uma trajetória social institucionalizante de difícil retorno. Para Castel (1978, p.16), “A loucura colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime, e a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes”. É fato que os debates sobre o louco versavam sobre as responsabilidades para controlá-lo.

Do ponto de vista médico, o modo de tratamento do louco caracterizava-se pela psicopatologia centrada em dois fatores: apego tenaz a uma visão organicista da etiologia, com rejeição às explicações metafísicas ou espiritualistas, e a falta de uma sólida fundamentação experimental de fisiologia nervosa que validasse aquele apego. Na falta de uma base empírica, as classificações seguem critérios arbitrários, pessoais, de determinadas autoridades médicas, e refletem as filiações ideológicas individuais de seus autores (PESSOTTI, 1996).

Do ponto de vista do direito, no período revolucionário burguês, havia alguns milhares de loucos, considerados poucos se comparados aos milhões de indigentes, aos milhares de mendigos e às centenas de pessoas estereotipadas como vagabundos e menores abandonados. Contudo, a maior parte desses "problemas sociais" agudos permanece sem solução legal, pelo menos até as primeiras "leis sociais" da Terceira República. Algumas iniciativas pontuais com

características assistenciais são identificadas por Behring e Boschetti (2007, p.47) como “protoformas de políticas sociais”. As mais conhecidas são as leis inglesas, que se desenvolveram no período que antecedeu a Revolução Industrial⁸. Neste bojo, surge a lei de 30 de junho de 1838 sobre os alienados, que é a primeira grande medida legislativa a reconhecer um direito à assistência e à atenção para uma categoria de indigentes ou de doentes. É a primeira a instaurar um dispositivo completo, com a invenção de um novo espaço, o asilo, a criação de um primeiro corpo de médicos funcionários, a constituição de um "saber especial" etc. A legislação relativa aos alienados antecipa em cinquenta anos e ultrapassa em sistematização todas as outras medidas assistenciais (CASTEL, 1978, p.16).

No final do século XVIII, a loucura é objeto de uma dupla percepção contraditória: o louco é a figura generalizada da associabilidade. Ele não é um transgressor como o criminoso, pode violar todas as leis, porém reativa a imagem do nômade que vagueia e ameaça todas as regras que presidem a organização da sociedade. Já neste período, as instituições que controlam a loucura, com características de isolamento e reclusão, expressam o seu caráter contraditório, pois apesar das inúmeras declarações de princípio, segundo as quais os hospitais gerais e os depósitos de mendigos devam fazer os reclusos trabalharem, seu regime interior é tal que as populações enclausuradas são praticamente improdutivas. Quanto aos estabelecimentos mais "terapêuticos", do tipo Hotel-Dieu, frequentemente desempenhavam mais uma função de antecâmara da morte do que de um lugar onde os doentes pudessem recobrar a saúde.

Os asilos aparecem historicamente mais com função de abrigo ou recolhimento. Na literatura psicopatológica do século XIX, o termo *asile* é muito frequente nos textos franceses, significando genericamente qualquer estabelecimento em que se internavam loucos, com ou sem a companhia de outros doentes. Nos textos ingleses aparecem, também com sentido muito genérico, os termos *madhouse*, ou casa de loucos, e *asylum*. Em obras italianas, os termos, também genéricos, são *asilo* e *hospizio*. O nome manicômio designa mais especialmente o hospital psiquiátrico, caracteriza-se por acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado. Os manicômios já

⁸ Outras iniciativas identificadas por Behring e Boschetti (2007, p.48): Estatuto dos Trabalhadores (1349); Estatuto dos Artesãos/Artífices (1563); leis elisabetanas dos pobres, que se sucederam entre 1531 e 1601; Lei de Domicílio (Settlement Act), de 1662; Speenhamland Act (1795); Lei Revisora das Leis dos Pobres, ou Nova Lei dos Pobres (Poor Law Amendment Act), de 1834.

existiam antes do século XIX, embora sua função hospitalar ou médica fosse, então, reduzida a bem pouco, visto que a figura do médico especialista em tratar loucos, o alienista ou o freniatra, surgiria apenas no século XIX (PESSOTTI, 1996, p.151). A prática do internamento, no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida mais como julgamento perturbado, como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre (FOUCAULT, 1979). Somente por volta do final do século XVIII e início do século XIX é que as Santas Casas passam a oferecer locais específicos para cuidado de pacientes com distúrbios psiquiátricos (RIBEIRO, 1999, p.17).

Pode-se destacar, portanto, mudanças significativas no controle da loucura, desde a Idade Medieval até a sociedade capitalista. Um diferencial importante é o status e o mandato da classe médica para resolver o que antes se configurava sob o ponto de vista filosófico, social e jurídico. Os progressos do processo de medicalização e o anúncio do reconhecimento de uma competência do médico para intervir nas problemáticas sociais colocadas pela loucura se legitimavam na sociedade.

Neste contexto, a história da loucura ganhará a contribuição de Philippe Pinel, médico francês, considerado o pai da psiquiatria. Ele surge com uma proposta de desacorrentar os loucos, que permaneceriam internados, porém agora em um novo espaço, os manicômios, com uma nova proposta, contando com os cuidados da medicina, através da institucionalização da loucura em lugar específico e especializado. Pinel não era considerado "ideólogo" e, embora tenha feito parte do cenário político da Revolução Francesa, sua maior característica era ser considerado um operador prático da corrente reformista da assistência e da tecnologia dos hospitais, através do ordenamento do seu espaço. Através da "exclusão", do "isolamento" e do "afastamento" para prédios distintos, os grupos misturados no enclausuramento são desdobradas em tantos quantos forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. O grupo da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complexidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém por outra razão: por causa de doença mental. Ela revela a sua natureza num desdobramento do próprio ato de isolamento. A doença se desdobra

por reagrupamento-diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quantos são os grandes sintomas comportamentais que ela apresenta. (CASTEL, 1978, p 59). Esquirol é o mais conhecido discípulo e seguidor da obra de Philippe Pinel. No período de 1820 a 1850, deu várias contribuições importantes do ponto de vista da medicina. Para Castel (1978, p.71), Esquirol é o primeiro "especialista", no sentido de que, a partir dele, abre-se toda uma carreira consagrada à alienação mental.

A contribuição de Pinel e Esquirol neste período, fundamentada na observação clínica sistemática e na delimitação de categorias psicopatológicas estáveis, inscreve-se em um momento histórico em que a medicina buscava firmar seus princípios baseados em critérios objetivos, a partir dos métodos das ciências naturais. O diagnóstico médico não podia, portanto, prender-se à observação do comportamento, para não sofrer a indesejável interferência de dados subjetivos. Surge neste período a concepção de "doença mental" como uma decorrência de distúrbios orgânicos provindos de disfunções de estruturas orgânicas, ou ainda de lesões anatômicas ou funcionais do encéfalo, e que se refletiam no comportamento sob a forma de sintomas. A partir das contribuições de Pinel, tem-se a concepção da loucura como consequência das paixões exacerbadas e o louco como vítima de uma desorganização das funções mentais superiores do sistema nervoso central, ou seja, das funções intelectuais, pressuposto que deu nova direção à psiquiatria do final do século XVIII e início do século XIX. A partir da medicina mental, suas contribuições fundamentarão, nas primeiras décadas do século XIX, a medicina social.

O século XIX bem poderia chamar-se o século dos manicômios, não só pela importância histórica da instituição do tratamento médico manicomial, mas também pela proliferação de manicômios ocorrida ao longo de todo o século. Eles se distribuíram por diversos países da Europa, principalmente na Itália e na França, muitas vezes designados já como hospitais especiais para tratar alienados, e com os nomes de morocômios, manicômios e até frenocômios. Funcionavam em velhos edifícios, adaptados para tal fim, ou em prédios especialmente construídos (PESSOTTI, 1996, p.156).

A questão da loucura se revestiu de importância no fim do século XVIII e no início do século XIX. Ela se situou no centro de uma contradição insolúvel para a nova ordem jurídica que se instaurava. Aparentemente, a loucura não deveria

constituir um grande problema social, já que vários outros problemas eram mais importantes e mais urgentes. A mendicância, a chamada vagabundagem, o pauperismo, os menores abandonados, os doentes indigentes etc, constituem, como já dissemos, populações infinitamente mais numerosas e, em grande parte, consideradas igualmente perigosas. Contudo, os alienados "beneficiaram-se" do primeiro encargo sistemático, reconhecido como direito e sancionado por uma lei que antecipa toda a "legislação social" que virá cinquenta anosdepois. Não se compreenderia esta originalidade se não a situássemos na linha divisória de uma problemática fundamental para a sociedade burguesa nascente. Sobre a questão da loucura, por intermédio de sua medicalização, inventou-se um novo estatuto de tutela essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual (CASTEL, 1978, 25).

A importância crucial da questão da loucura no momento da instauração da sociedade burguesa se deve, inicialmente, ao fato de ela ter concretamente revelado uma lacuna da ordem contratual: o formalismo jurídico não pode controlar tudo, existe, pelo menos, uma categoria de indivíduos que deve ser neutralizada por vias diversas daquelas de que dispõe o aparelho jurídico-policial. Mas essa importância se deve, também, ao fato de que o novo dispositivo instaurado para suprir essas carências vai desenvolver um novo modelo de manipulação, de plasticidade quase infinita. A maior parte dos novos modos de controle, das novas técnicas de sujeição, das novas relações de tutelarização vai ser afetada por um índice médico – e posteriormente médico-psicológico, médico-psicanalítico etc. (CASTEL, 1978, p.33).

A maior característica deste período é a ideia segundo a qual as relações sociais passarão a ser regidas cada vez mais pela relação capital x trabalho, e que a produção de riqueza é consequência desta relação que tem como base o trabalho. A função racionalizadora do Estado se reduziria, assim, a suprimir os protecionismos que são obstáculos ao livre acesso ao trabalho, associando a isso, no máximo, uma tarefa organizadora mínima para que os mais desmunidos encontrem, em trabalhos de interesse coletivo, um meio, pelo menos provisório, para escapar à mendicância. Esse reconhecimento do valor-trabalho transforma o lugar que o indigente e os outros improdutivos devem ocupar na estrutura social. No caso dos loucos, eles passam a ter um atendimento de cuidados e tratamento especializado, e, embora libertados de correntes, continuam exilados num espaço

fechado, sob o controle da medicina para moralizá-los e assegurar que a ordem social burguesa e seus circuitos produtivos não seriam ameaçados.

Entretanto, o princípio do livre acesso ao trabalho é, de fato, o quadro legal da exploração operária, e não o livre acesso de todos aos meios de subsistência. Isso consiste em uma das contradições do capitalismo, na medida em que se intensifica o discurso de liberdade, e a liberdade se diferenciava a partir da classe social, sob as condições determinadas pelos donos dos meios de produção.

Esse período se caracteriza principalmente pela passagem do uso dos dispositivos de enclausuramento para o dispositivo de internação, o que supõe a articulação de um novo espaço institucional com um novo corpo de especialistas. Pode-se afirmar que ocorreu uma metamorfose do sistema, mas que também não se trata da solução da contradição intrínseca no tratamento da loucura, porque não houve transformação completa da situação e sim um processo de medicalização de um problema, deslocando-o ao invés de resolvê-lo.

Outra forma de institucionalização presente neste período e que vai apresentar uma acentuada contradição é a internação compulsória, que, a critério da autoridade jurídica, respaldada pela autoridade médica, vai mensurar o tempo de institucionalização do doente mental criminoso, que, do ponto de vista penal, por ser alienado é completamente irresponsável. Estando o alienado criminoso fora do direito comum, ele não é julgado e, portanto, não pode ser sancionado, mas, ao mesmo tempo, a duração de sua sequestração no asilo é indeterminada. Sua saída, que equivaleria ao fim da penalidade, depende da avaliação médica que deve ser ratificada pela autoridade jurídica, já que se encontra em internação compulsória.

Para a institucionalização, neste período de meados do século XIX, no plano civil, vai aparecer a figura jurídica da interdição, regulando o status dos considerados insanos, quanto à sua pessoa e aos seus bens. Segundo Castel (1978, p.151), nesse período a internação em um asilo, respaldada pela lei de 1838, implica em um modo original de incapacidade civil, que requeria uma "administração provisória". Para gerir os bens de alguém que foi internado, é instituído um "administrador provisório", quase sempre alguém da comissão administrativa do asilo, com fins de proteger e conservar os bens do internado, como por exemplo recobrar e pagar dívidas. O termo "provisório" está relacionado com a possibilidade do resgate da autonomia civil, no caso de cura, e sem formalidade, sendo a situação

médico-administrativa que define o status. Pode também existir a nomeação de um "tutor" de um indivíduo não interdito internado num estabelecimento de alienados, a fim de zelar pelos seus bens. No caso de incurabilidade, a interdição permanece como possibilidade, mas não é obrigatória.

No Brasil Colônia, aos doentes mentais dispensava-se o tratamento em função de suas posses e do grau da patologia. Conforme Ribeiro (1999, p18),

Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa [...]. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo, entregues às pilhérias da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MOREIRA, 1955 apud RIBEIRO, 1999, p.18).

Essa contribuição de Ribeiro demonstra que no Brasil Colônia não havia estruturação, organização ou disposição para se cuidar dos doentes mentais como indivíduos enfermos que careciam de cuidados especiais, como era o entendimento neste período na Europa. Segundo Ribeiro (1999, p.18), nem as Santas Casas, quando começaram a acolher os loucos, dispensavam-lhes qualquer atendimento médico-hospitalar.

Descreve Resende (1992, p. 35), em relação ao tratamento dos doentes mentais nas Santas Casas no Brasil:

Nas ruas, a presença dos doidos [...] se fará notar pelos seus 'grotescos andrajos', seu inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes. As Santas Casas de Misericórdia incluem-nos entre seus hóspedes; mas dão-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição ou doenças infecciosas.

Na Europa, o surgimento da Psiquiatria estava voltado para a criação de uma nova proposta de tratamento para a loucura, centrado no médico. O alienismo tinha no espaço hospitalar, asilar, seu campo específico de atuação e desenvolvimento. Já no Brasil, embora baseadas nos princípios alienistas franceses, as características e a conjuntura possuem substanciais diferenças, e a criação da Psiquiatria no Brasil surge como resposta para atender às reclamações dos médicos sobre os loucos que circulavam pelas ruas, constituindo-se, na sua concepção, em ameaça à ordem e à higiene públicas (medida de proteção social), e também diante

de reclamações acerca dos maus tratos que estes sofriam nos hospitais gerais que eram as Santas Casas.

As primeiras intervenções na loucura se deram na conjuntura do período monárquico no Brasil, em 1852, com a criação do primeiro manicômio, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II⁹. Ele foi o primeiro da América Latina a se basear nos princípios do alienismo francês, e mantinha a mesma tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos e percalços, regidos sob a égide dos mais diversos manejos de intervenção e arbitrariedades (STOCKINGE, 2007, p.27). Posteriormente, o Hospital do Juqueri foi inaugurado em 1898, situado nos municípios de Franco da Rocha e Caieiras, no Estado de São Paulo, dentro da área metropolitana da Grande São Paulo. Essa institucionalização vai crescendo, incentivada pelo período e pelos princípios imperiais, pois a partir desta época surgem vários outros hospícios no Brasil¹⁰. Segundo Ribeiro (1999, p.20), todos eles eram destinados à internação de doentes mentais, porém o tratamento a eles dispensado visava muito mais afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento.

Resende (2001, p.35) comenta que essas primeiras instituições psiquiátricas que surgiram no Brasil foram criadas respondendo a uma exigência sociourbana para que os loucos fossem retirados das ruas somados à condenação que se fazia, na época, aos maus tratos a que eram submetidos os loucos nas prisões e nas Santas Casas. Outro fator relevante era a urgência que a situação exigia, não permitindo que se esperasse por hospícios definitivos, recorrendo-se a instalações provisórias, meio caminho entre as internações nos porões das Santas Casas, as celas das prisões e a solução final.

Enquanto na Europa a intolerância para com a loucura e sua transformação em problema social se dá diante da ruptura com o sistema feudal e da emergência do capitalismo mercantil, no Brasil a mudança ocorre em plena

⁹ Em 1890, o Hospício Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional dos Alienados e, em 1903, o Hospício Nacional dos Alienados passa a ser administrado por Juliano Moreira (RIBEIRO, 1999, p.23)

¹⁰ Após o Hospício D. Pedro II em 1852, criou-se em São Paulo o Hospício Provisório de Alienados, também em 1852. No Rio de Janeiro, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em 1860; em São Paulo, o Hospício de Alienados da Ladeira de Tabatinguera, em 1864; em Olinda, o Hospício de Visitação de Santa Isabel, em 1864; em Belém, a Enfermaria do Hospital de Caridade, em 1865 e o Hospício de Alienados em 1873; em Salvador, o Asilo de São João de Deus, em 1874; em Niterói, a Enfermaria do Hospital de São João Batista em 1878; em Recife, o Hospício de Alienados em 1883; em Porto Alegre, o Hospício São Pedro em 1884 e em Fortaleza o Asilo de Alienados de São Vicente de Paula em 1886 (RIBEIRO, 1999, p.20)

vigência da sociedade rural pré-capitalista marcada pelo trabalho escravo. De qualquer modo, trata-se do período em que a loucura passa a ser reconhecida e tratada como doença mental, que tem na psiquiatria a ciência específica para tratá-la e curá-la através do processo inicial de recolhimento, enclausuramento da loucura e privação do convívio social.

Neste item que se encerra, foram abordadas as condições para que houvesse o processo inicial de institucionalização da loucura, que vai ser consolidado no capitalismo monopolista como parte da regulação estatal da vida social. É o que veremos no próximo item deste trabalho.

1.2 Institucionalização da saúde mental no capitalismo monopolista

No período que compreende de 1860 a 1960, ocorrem significativas mudanças no cenário político, social e econômico. Tais mudanças influenciaram a perspectiva de institucionalização da loucura, que tomou novos rumos. Nesta fase, o modo de produção capitalista passa do estágio concorrencial para o monopolista.

Com as alterações na segunda metade do século XIX, resultantes dos eventos revolucionários de 1848, quando as lutas de classes se elevam a um novo patamar e a burguesia converte-se em *classe conservadora*, seu objetivo passou a ser a *manutenção* das condições sociais assentadas na propriedade privada dos meios fundamentais de produção, suportes da acumulação capitalista. Inicia-se o ciclo de *decadência ideológica*, com o completo abandono dos ideais emancipadores que animaram a sua luta contra o *Antigo Regime* (NETTO-BRAZ, 2006, p.173). Após essas lutas, são dinamizadas as alterações estruturais na sociedade burguesa, no cerne da crise orgânica que impacta o capitalismo. A fase dos monopólios, que sucede a concorrencial, influenciará significativamente o ciclo expansivo, de larga duração, de crescimento econômico. Ao longo do capitalismo concorrencial, a classe capitalista foi se diferenciando em razão do volume de capital nas mãos de cada capitalista. A concorrência entre eles era desenfreada e, naturalmente, os grandes capitalistas tinham maiores chances de levar a melhor na luta que todos travavam entre si. Na segunda metade do século XIX, especialmente na sequência imediata da grande crise de 1873, esse quadro será estruturalmente modificado: as tendências do capital que já conhecemos, à

concentração e à centralização, confluíram na criação dos modernos monopólios (NETTO-BRAZ, 2006, p.177).

No que concerne à institucionalização nos asilos, os resultados negativos do alienismo produziram a cronicidade e uma crise teórica das explicações morais, percebido na relação das causas morais da doença mental, como a educação, o modo de vida e a excessiva religiosidade, além da revalorização das paixões, como cólera, terror, dor, ódio, amor, ciúme, inveja, etc. Como fontes da loucura, fizeram ressurgir, na segunda metade do século XIX, as teorias apoiadas no fisicalismo.

Essas teorias, apesar de se tornarem hegemônicas, passam a coexistir, de forma tensa, com as explicações morais, que ganham um novo impulso com o advento da psicanálise. Neste período, a instituição asilar triunfa e se propaga pelo mundo ocidental, como principal modalidade de assistência ao portador de transtorno mental (ROSA, 2003, p.52-53).

O ano de 1861 é praticamente o marco a partir do qual a medicina alienista começa a ser atacada por todos os lados: seu monumento legislativo, como início das campanhas contra as internações arbitrárias; seu baluarte asilar, com a abertura do debate sobre "as diferentes maneiras de tratar os alienados"; seu fundamento teórico, com a crítica das sintomatologias, através de uma orientação organogenética inspirada nos trabalhos de Morel sobre a degenerescência¹¹. Os alienistas se unem a fim de sustentar um edifício que começa a cobrir-se de rachaduras, pois o direito a um asilo por departamento ficou apenas na lei. As estruturas nos asilos existentes eram de miséria, superlotação e outros grandes problemas. O processo de internação voluntária é muito mais sutil e deixa margem mais ampla à intervenção médica. A iniciativa da internação, nesse caso, cabe à família ou a pessoas próximas, cuja demanda é necessariamente apoiada num certificado médico. O médico do estabelecimento deve, igualmente, ratificar o diagnóstico, na entrada, a fim de garantir a regularidade da sequestração. A medida de internação repousa, portanto, numa colaboração entre a instância familiar e a instância médica, sem intervenção direta do poder público (CASTEL, 1978, p.155).

¹¹As degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente. Elas podem ter diversas causas e o plano do Traité des dégénérescences de Morel se ordena em função dessa diversidade: intoxicações diversas, influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas. Mas, uma vez que a doença se instala, ela segue seu curso e se transmite aos descendentes até a extinção da linhagem (CASTEL, 1978, p.185)

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tinham por função fazer do personagem do médico o "mestre da loucura"; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absolve depois de a ter sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 1979).

Ora, esta exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e justificações nos privilégios do conhecimento. O médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo; eis o que permite a sua intervenção e a sua decisão. O poder que o asilo dá ao psiquiatra deverá então se justificar e ao mesmo tempo se mascarar como sobre-poder primordial, produzindo fenômenos integráveis à ciência médica (FOUCAULT, 1979).

Do ponto de vista da organização social, o cenário que o mundo do trabalho vai apresentar neste período, com novas formas de organização do trabalho, responde às estratégias utilizadas pelo capital para continuar no processo de acumulação, por meio da reestruturação da produção e da reorganização do mercado, para garantir sua manutenção. Assim, o capital transforma, além da estruturação econômica, a relação entre as formas mercantis e o aparato estatal que lhe serve de base de sustentação. Para manter o modo de produção do capital corporativo e monopolista é necessária a intervenção do Estado, na medida em que há a necessidade de formas de regulação do mercado e da economia, através de políticas fiscais, monetárias e de regulação social.

As alterações não se restringem ao mundo fabril, industrial, mas atingem também o chamado setor de serviços, incluindo-se os serviços públicos. Antunes (2001, p.111) afirma que, se acrescentarmos a imbricação crescente entre

o mundo produtivo e setor de serviço, bem como a subordinação desse último ao primeiro, o assalariamento dos trabalhadores do setor de serviços aproxima-se cada vez mais da lógica e da racionalidade do mundo produtivo, gerando uma interpenetração recíproca entre eles, entre trabalho produtivo e improdutivo.

A hipertrofia do *setor terciário*, que prosseguirá na última fase do monopolismo, constitui um dos fenômenos mais típicos do capitalismo dos monopólios. Nela se expressa uma das mais fortes tendências do modo de produção capitalista: a tendência a *mercantilizar* todas as atividades humanas, submetendo-as à lógica do capital – com efeito, mediante os "serviços", tomam caráter de mercadoria o trato da educação, da saúde, da cultura, do lazer e os cuidados pessoais a enfermos, a idosos etc. (NETTO-BRAZ, 2006, p. 202). É nesse setor que se encontram os serviços de saúde e os manicômios. Com o seu crescimento, alteram-se não só os limites da divisão social e técnica do trabalho, mas também a função dos serviços na acumulação. Dessa forma, os serviços se expandem, passando a ser efetuados sob a lógica lucrativa, na condição de mercadorias, contribuindo para a expansão do capital.

Segundo Netto e Braz (2006, p.177), o reconhecimento dos direitos sociais, civis e políticos, resultado da pressão dos trabalhadores, permitiu a consolidação de políticas sociais e a ampliação da sua abrangência, na configuração de um conjunto de instituições que dariam forma aos vários modelos de Estado de Bem-Estar Social (WelfareState). Do ponto de vista do conjunto de instituições criadas (legislações, políticas, programas, regulamentações, normas, procedimentos administrativos, burocracia), bem como da razão de ser da nova institucionalidade, o nascente Estado do Bem-Estar representou uma inovação radical nas políticas sociais, do ponto de vista do impacto e do alcance imediato dos novos programas e políticas, sobretudo nos países que tomaram a dianteira do processo (KERSTENETZKY, 2012, p.13).

Nesses modelos, a orientação macroeconômica de matriz keynesiana, conjugada à organização da produção taylorista-fordista, alcançou o seu apogeu. Durante os “anos dourados”, do pós-II Guerra Mundial, o capitalismo monopolista vinculou o grande dinamismo econômico com a garantia de expressivos direitos sociais, ainda que somente para os trabalhadores de alguns países, e o fez no marco de sociedades nas quais tinham vigência institucionais políticas democráticas, respaldadas por ativa ação sindical e pela presença de partidos

políticos de massa. Assim, nas suas funções sociais, o Estado burguês no capitalismo monopolista, através das políticas sociais, administra as expressões da questão social para poder manter a ordem monopólica.

No imediato pós-guerra (AMARANTE, 1995, p.28), tornava-se urgente a reparação de danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens (KERSTENETZKY, 2012, p.13). Cabe ressaltar que, diante desse projeto de reconstrução nacional, tornava-se imprescindível a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, diversos movimentos de reforma da assistência psiquiátrica ocorreram em várias partes do mundo, enfatizando a questão da transformação da institucionalização da loucura, principal causa da falência da psiquiatria hospitalar. Fundamentavam-se na crítica à forma e métodos de tratamento da loucura em ambientes fechados, asilares e manicomiais. Este período é marcado por processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar direitos civis, sociais e políticos.

A partir de 1942, puderam ser realizadas as primeiras experiências psiquiátricas de caráter comunitário na Inglaterra, onde se conseguira superar a visão do doente mental como entidade irrecuperável (BASAGLIA, 1985, p.110-113). Essa experiência representou um processo pioneiro de humanização na psiquiatria e se constituiu em referência para propostas de desinstitucionalização. Para Franco Rotelli (1994, p.150), a vivência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas “não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico”. Em 1946, destaca-se o surgimento de novas teorias e práticas terapêuticas: as abordagens psicológicas e o desenvolvimento de serviços comunitários que permitiram certo deslocamento nos paradigmas, princípios e práticas psiquiátricas tradicionais. 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 (AMARANTE, 1995, p.28).

De fato, a reforma proposta pela comunidade terapêutica praticamente se reduz ao espaço asilar. A intervenção terapêutica na comunidade

externa se dá como complemento, em uma 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 (AMARANTE, 1995, p.32). Essas fortes demandas sociais estão inseridas no contexto do capitalismo monopolista, no qual toda força humana deveria ser utilizada em favor do capital, em busca de acumulação de riqueza. No caso da Inglaterra, existia ainda um modelo de proteção social que serviu de base para vários países europeus, no qual os cidadãos que não conseguissem prover seu sustento passavam a se constituir um problema de responsabilidade social pública. O Estado de Bem-Estar assumia a proteção social como direito de todos os cidadãos, mas no caso da loucura ainda são mantidas estruturas de segregação e rejeição e pouca discussão da relação dessa exclusão com os ditames e necessidades do modo de produção capitalista.

Ainda no pós-II guerra, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a promover um novo conceito de saúde, ultrapassando as dimensões exclusivas da saúde biológica. Nesse novo conceito, não se tratava mais de pensar a saúde como ausência de doença ou invalidez, mas em promoção de um estado de bem-estar físico, mental e social. Uma das consequências imediatas dessa definição foi a substituição do conceito de higiene mental pelo de saúde mental, o que implicou em uma mudança substancial de concepção, acompanhando a mudança geral no campo da saúde (MANSUR, 2013, p.61).

O desenvolvimento da psicofarmacologia, particularmente na década de 1950, possibilitou outras formas de controle dos sintomas psiquiátricos.

Ao mesmo tempo se iniciava, na França, um amplo movimento institucional psiquiátrico, sob a liderança de Tosquelles¹². A psicoterapia institucional refere-se ao 'coletivo' dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade. A "transversalidade", no sentido de "dimensão que pretende ultrapassar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade", significa abrir novos espaços e

¹²Exilado antifranquista da Guerra Civil espanhola, Tosquelles ingressara como enfermeiro no Hospital Psiquiátrico de St. Alban, um pequeno vilarejo do Maciço Central francês. Depois de obter novos diplomas em medicina, assumiu a direção da instituição.

possibilidades terapêuticas, tais como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões etc. 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 se pretende 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, no que se refere à institucionalização, 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 (AMARANTE, 1995, p. 33 - 34).

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 ideias 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. 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 psiquiátrica¹³ (AMARANTE, 1995, p.35).

Rotelli (1994) afirma que a experiência francesa de setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico com os serviços externos, como 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.

¹³Essa metodologia, a partir de divisão geográfica da psiquiatria de setor, vai aparecer sob nova perspectiva na reforma psiquiátrica brasileira, sobre a qual trataremos profundidade na seção 2 deste trabalho.

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, é um indicador 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. 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*¹⁴, enfim, de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia. (AMARANTE, 1995, p.36).

Para Arouca (1975, p.165), com o aparecimento do estado interventor, dos monopólios e oligopólios, a determinação do econômico para outros setores da sociedade não se faz de forma mecânica e imediata, e, sim, em uma dialética e no plano das representações, em uma reinterpretação específica. O discurso preventivista surge como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal.

Na saúde mental, a expressão dessa ideologia se dá através da psiquiatria preventiva, na década de 1960, 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 a um novo objeto: a saúde mental (AMARANTE, 1995, p.36).

¹⁴Originado do movimento beat, *beatnik* era um termo depreciativo criado pela mídia da época para designar jovens que copiavam o estilo beat, que foi um movimento literário originado em meados dos anos 1950 por um grupo de jovens intelectuais que estava cansado do modelo quadrado de ordem estabelecido nos EUA após a Segunda Guerra Mundial. Com o objetivo de se expressarem livremente e contarem sua visão do mundo e suas histórias, esses escritores começaram a produzir desenfadadamente, muitas vezes movidos a drogas, álcool, sexo livre e jazz – o gênero musical que mais inspirou os beats.

O preventismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. 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. A 'busca de suspeitos' de doença mental ou distúrbios emocionais é feita prioritamente através de questionários distribuídos à população (*screening*), e seu resultado indica possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico.

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 início 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. É utilizado o conceito de 'desvio', transportado da sociologia e da antropologia, entendido como um comportamento que foge, proposital ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida (AMARANTE, 1995, p.39).

A crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de ideias 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 (AMARANTE, 1995, p.40).

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 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.) (AMARANTE, 1995, p.41).

Percebe-se que 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, 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 a mudança de foco de tratamento através de novos mecanismos de intervenção faz surgir uma demanda que estava reprimida, não vista. Surge então nova demanda sem alterar em nada o público do hospital psiquiátrico que permanece o mesmo, ali internado, aumentando em número, permanecendo ainda segregado, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista.

Reconheço que a psiquiatria preventivista trouxe alguns ganhos para tratamento em saúde mental, em relação a cultura asilar manicomial, a exemplo de descentralizar do 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, embora também reconheço os limites e os problemas conceituais desta perspectiva. Para Arouca (1975) é um problema pensar, dentro do modo de produção capitalista, um projeto como a medicina preventiva, uma vez que esta: almeja redefinir as responsabilidades do médico e ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho; deseja ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados; espera desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; pretende diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado; objetiva melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Já para Amarante (1995, p.41), o problema parece ser o fato “o preventivismo significar um projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.”

Por fim, é no período do capitalismo monopolista que a institucionalização da loucura se consolida e também se ampliam a discussão e as experiências de saúde mental.

1.3 Crise contemporânea e as contradições da institucionalização da saúde mental a partir da década de 1960

O contexto social, econômico e político do qual trataremos neste item se relaciona às configurações da institucionalização da loucura no capitalismo contemporâneo, a partir da década de 1960 e 1970. A configuração do capitalismo que designamos como contemporânea inicia-se nos anos setenta do século XX e continua a ter no centro da sua dinâmica o protagonismo dos monopólios. Vale dizer que o capitalismo contemporâneo constitui a terceira fase do estágio imperialista. Entretanto, as alterações experimentadas pela economia que o capital monopolista comanda são de tal ordem que, para caracterizá-la, até mesmo já se propõe a expressão novo imperialismo (NETTO – BRAZ, 2006, p. 211).

Segundo Netto e Braz (2006, p.211), a crise neste período levou o capital monopolista a um conjunto articulado de respostas que transformou largamente a cena mundial. Para Gounet (1999), a partir de 1973/1974 o mundo capitalista entrou em uma crise estrutural caracterizada pelo débil crescimento da demanda. Seguindo as tendências gerais do capitalismo, quanto mais a crise se agrava, mais os empresários e seus servidores introduzem métodos sofisticados para, ao mesmo tempo, aumentar a contribuição de cada trabalhador para a criação de riqueza, no sentido geral, e reduzir a capacidade de resistência coletiva dos operários. A passagem do fordismo ao toyotismo se insere nesse esforço patronal: ao aumentar a exploração dos operários, os capitalistas criam e agravam a crise econômica; o sistema capitalista em seu conjunto sendo atingido pela crise e se enredando em suas profundas contradições.

O chamado "capitalismo democrático" não foi mais que um breve episódio no desenvolvimento do modo de produção capitalista. Na passagem dos anos sessenta aos setenta do século XX, ele entrou em crise e mecanismos de reestruturação foram implementados pela burguesia monopolista, revertendo as conquistas sociais alcançadas no segundo pós-guerra (de que o *Welfare State* ficou como emblemático) e instaurando a terceira fase do estágio monopolista, configurada no *capitalismo contemporâneo* (NETTO-BRAZ, 2006, p.206). Concomitantemente identificam-se contradições do modelo manicomial e as possibilidades de questioná-lo com propostas de novas formas de tratamento.

A ilusão dos "anos dourados" acaba em 1974-1975: num processo no pós-guerra, registrando uma *recessão generalizada*, que envolve *todas* as grandes potências imperialistas e a que se seguiu outra, em 1980-1982, na qual se constatou que "as taxas de lucro voltam a descer ainda mais" e o "recuo do

crescimento é ainda mais nítido que em 1974-1975" (HUSSON,1999 apud NETTO-BRAZ, 2006). A *onda longa expansiva* é substituída por uma *onda longa recessiva*: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas (NETTO-BRAZ, 2006, p.214).

Na verdade, sob o capitalismo contemporâneo, o mercado de trabalho foi substantivamente alterado: com a *reestruturação produtiva*, nas grandes empresas o conjunto de trabalhadores qualificados e polivalentes que dispõem de garantias e direitos constitui um *pequeno núcleo*; o grosso dos outros trabalhadores, formando uma espécie de anel em torno desse pequeno núcleo, muitas vezes está vinculado a outras empresas (mediante a *terceirização* de atividades e serviços) e submetido a condições de trabalho muito diferentes das oferecidas àquele núcleo – alta rotatividade, salários baixos, garantias diminuídas ou inexistentes etc. (NETTO-BRAZ, 2006, p.219). O mais significativo é o fato de o capitalismo contemporâneo ter transformado o *desemprego maciço* em fenômeno permanente, pois se nos seus estágios anteriores, o desemprego oscilava entre "taxas aceitáveis" e taxas muito altas, agora todas as indicações asseguram que a crescimento alarmante do exército industrial de reserva torna-se irreversível. Nem mesmo os ideólogos da burguesia escamoteiam esse fenômeno – tratam de *naturalizá-lo*, como se não houvesse alternativa que a de conviver com ele (NETTO-BRAZ, 2006, p.220).

É desnecessário salientar, depois dessas considerações acerca da ofensiva do capital sobre o trabalho, que uma das características mais marcantes do capitalismo contemporâneo refere-se à intensificação do agravamento dos efeitos da chamada "questão social", sendo naturalizada e tratada com a *criminalização* do pauperismo e dos pobres – donde a repressão expandida, das exigências da "tolerância zero" ao crescimento das soluções carcerárias. Aquilo que parecia estar sob controle nos "anos dourados" adquire, na terceira fase do estágio imperialista, magnitude extraordinária e explícita dimensões que, antes, eram mais discretas. A precarização e a "informalização" das relações de trabalho trouxeram de volta formas de exploração que pareciam próprias do passado (aumento das jornadas de trabalho, trabalho infantil, salário diferenciado para homens e mulheres, trabalho semi-escravo ou escravo) e ao final do século XX, ao cabo de vinte anos de ofensiva do capital, amassa trabalhadora não padece apenas

nas periferias – também nos países centrais a lei geral da acumulação capitalista mostra o seu efeito implacável (NETTO-BRAZ, 2006, p.220).

É neste contexto de crise do modelo fordista e das alternativas keynesianas que encontramos as contribuições como a de Basaglia, Foucault e Goffman sobre o processo de institucionalização da loucura, que tiveram grande influência nas bases teóricas da reforma psiquiátrica brasileira, através de suas produções bibliográficas nas décadas de 50 a 70 do século XX, questionando o modelo de institucionalização da loucura que nasce no capitalismo concorrencial, mas se consolida no capitalismo monopolista.

Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo francês que contribuiu de forma decisiva para as formulações do movimento antimanicomial, e publicou um livro considerado clássico para os estudiosos da saúde mental, *História da Loucura na Idade Clássica*, revolucionando assim as formas de interpretação e de análises sobre o conhecimento acerca daqueles tidos como loucos. Considerado um autor polêmico, as reações ao seu texto são diversas, indo da negação e da crítica de suas hipóteses e conclusões até o uso político da sua produção, fundamentando, no plano teórico, inúmeras teses e ideias, tanto da anti-psiquiatria quanto do movimento antimanicomial.

Foucault (1979) demonstra que todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno de uma relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la. No fundo, o conjunto da psiquiatria moderna é atravessado pela antipsiquiatria, se por isto se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. Poder-se-ia então falar das antipsiquiatrias que atravessaram a história da psiquiatria moderna (FOUCAULT, 1979).

Em 1979, Foucault argumenta que no cerne da antipsiquiatria existe a luta com, dentro e contra a instituição. Quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que impediam o isolamento dos doentes. Acrescenta que para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol dava cinco razões principais: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias;

liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

A antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*), com um grupo de psiquiatras – dentre os quais se destacam 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 das 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 (AMARANTE, 1995, p.42).

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. 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 dos médicos (AMARANTE, 1995, p.43).

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 'metanoia', 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 (AMARANTE, 1995, p.44).

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 (AMARANTE, 1995, p.45).

O papel do asilo neste movimento de volta às condutas regulares terá de início a função que se confiava aos hospitais no fim do século XVIII. Permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la. Mais ainda que um lugar de desvelamento, o hospital é um lugar de confronto. A loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas. Este afrontamento, este choque inevitável, e a bem dizer desejável, produzirão dois efeitos: a vontade doente, que podia muito bem permanecer inatingível, pois não é expressa em nenhum delírio, revelará abertamente seu mal pela resistência que opõe à vontade reta do médico. E, por outro lado, a luta que a partir daí se instala, se for bem levada, deverá conduzir a vontade reta à vitória, e a vontade perturbada à submissão e à renúncia. Trata-se de um processo de oposição, de luta e de dominação. "Deve-se aplicar um método perturbador, quebrar o espasmo pelo espasmo. Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar seu orgulho, ao passo que se deve excitar e encorajar os outros" (FOUCAULT, 1979).

Erving Goffman (1922-1982) foi um cientista social de grande influência para os pesquisadores da saúde mental na perspectiva antimanicomial, por abordar o conceito de instituição total. Professor do Departamento de Sociologia da Universidade da Califórnia em Berkeley – EUA e cientista social efetivou, no período de 1955 a 1956, um trabalho de campo em uma instituição federal, objetivando conhecer o mundo social do interno em um hospital para doentes mentais. Os resultados desse estudo lhe permitiram formular os conceitos de "instituição total", de "carreira moral", de "vida íntima da instituição" e analisar o modelo médico e a hospitalização psiquiátrica.

Para Goffman, (1961, p.16) toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em

resumo, toda instituição tem tendências de 'fechamento'. Em relação às diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, algumas são muito mais "fechadas" do que outras. Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos, Goffman chamou de instituições totais.

Franco Basaglia (1924-1980) é outra grande referência teórica para fins de desinstitucionalização em saúde mental. Médico e psiquiatra italiano foi precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Após a 2ª Guerra Mundial, ingressou na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, iniciando mudanças que visavam transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Ao longo da sua experiência, concluiu que apenas a humanização do hospital não seria suficiente. Chegou à conclusão de que eram necessárias transformações, tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. A partir de 1970, em Trieste, Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas no plano teórico. Contribuiu com inúmeras teses e ideias, tanto de desinstitucionalização quanto no movimento de reforma psiquiátrica.

Franco Basaglia (1985, p.99) afirmou que, em 1970, era comum o hábito nos hospitais psiquiátricos de concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém podia sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Em caso de necessidade, o enfermeiro vigilante apertava uma campainha para que um segundo enfermeiro viesse buscar o paciente e o acompanhasse. A cerimônia é tão demorada que muitos doentes acabam fazendo suas necessidades ali mesmo. Essa reação do paciente a uma ordem desumana é interpretada como "ofensa" dirigida ao pessoal médico, ou como expressão do seu grau de incontinência, que é um resultado direto da doença. Demonstrava que a falta de humanização era tanta que, no hospital psiquiátrico, quando havia falta de espaço, aproveitava-se que os catatônicos não se incomodavam um ao outro e colocavam-se os dois na mesma cama. Demonstrava que havia clara diferença entre o sistema de tratamento para o

doente internado em um hospital público, como cliente particular, em quarto privado – em relação ao outro, quase sempre vítima das variações de humor do médico, que descarregava sobre ele uma agressividade que o doente absolutamente não provocou (BASAGLIA, 1985, p.100).

Técnicas absurdamente rudimentares eram aplicadas, ferindo completamente os direitos humanos e o bom senso no entendimento de cuidados e de saúde, como a utilização de “garrotes” nos doentes “agitados”, para conter e fazer com que o doente desmaiasse através da sufocação. Essa “técnica” consiste em jogar um lençol sobre a cabeça do doente (em geral molhado, para que não conseguisse respirar), que depois se torce com força em torno do pescoço. Ele perde imediatamente os sentidos, conseguindo ser contido (BASAGLIA, 1985, p.100).

Assim, Basaglia (1985, p.109) problematiza as práticas asilares e institucionalizantes, criticando a forma pelo qual o diagnóstico assume valor de rótulo, codificando uma passividade tida por irreversível. Tal passividade pode ter, porém, outra índole que não sempre e exclusivamente patológica. Assim, a exclusão do doente do mundo dos sãos protege a sociedade de seus elementos críticos, confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabeleceu. A partir destas premissas, a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo.

Portanto, fica evidente, através da produção teórica de Basaglia, Foucault e Goffman, entre outros teóricos importantes no estudo do tema desinstitucionalização, que neste período pós-1960 a psiquiatria clássica manicomial foi duramente questionada, criticada por lidar equivocadamente com o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, coagindo-o a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são comuns e cotidianas.

Basaglia (1985,p.123) classifica o manicômio como antiterapêutico, reafirmando que qualquer formação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada. Considera que o que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas toda a organização hospitalar. Diante disso, a introdução de uma nova *técnica terapêutica*

no velho ambiente institucional não é eficaz, uma vez desvendada a realidade institucional como um problema que se deva enfrentar. Correr-se-ia o risco de voltar a mascarar-la com uma roupagem que não faria

mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática, vendo-se a manobra reduzida a um simples acobertamento dos problemas.

Além da "crítica do manicômio", certamente se abrem, dentro daquele quadro, perspectivas de análise e de experiência que ultrapassam os temas da "humanização" e da "modernização" da assistência psiquiátrica. Inevitavelmente, surgem novos problemas que não são estritamente institucionais. Tais problemas se prendem, de um lado, a um exame mais atento das condições do manicômio, as quais se mostram ligadas à estrutura da sociedade, ao passo que, de outro lado, eles nos levam a uma série de aprofundamentos teóricos sobre o conjunto da psiquiatria e ao conflito de seus objetivos. A crise da instituição psiquiátrica nos reporta, enfim, não só a uma crítica geral das instituições em sentido restrito, mas tende a por em questão, com a psiquiatria, a validade da "separação técnica" como forma particular da divisão do trabalho e como institucionalização repressiva do poder (BASAGLIA, 1985, p.252).

A análise feita por Basaglia (2005, p.24) demonstra que, a partir do momento em que o indivíduo é internado, entra em uma nova dimensão de vazio emocional que ele chamou de institucionalização. Ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado para tratá-lo, na prática aparece como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo internamento. A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de depender dos outros, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante da vida do asilo.

As consequências do asilo são visíveis aos olhos, a imagem do institucionalizado corresponde, portanto, a do homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição.

Esse homem somente poderá ser impelido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade pela posse da própria liberdade, se não quisermos que continue a identificar seu vazio interior com o espaço limitado e impositivo do manicômio. Para o doente, a perda da liberdade que está na base da sua doença e se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ela é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam (BASAGLIA, 2005, p.27). Excluído porque incompreensível, excluído porque perigoso, o doente mental continua a ser mantido além do limite do humano, como expressão da nossa desumanização e da nossa incapacidade de compreender (BASAGLIA, 2005, p.44).

O paciente continuará a sentir a liberdade – de cuja presença se dá conta – como algo que lhe veio de fora, e não como resultado de uma conquista sua. Assim, por longo tempo após a abolição das grades que ele mesmo arrancou e destruiu a convite do médico, não ultrapassará o limite que lhe era imposto antes: o desenho do pátio continua em sua mente, e a porta aberta ainda lhe parece uma porta fechada. Ele fica ali, na expectativa de que alguém pense e decida em seu lugar, porque não sabe, ou não querem que saiba, que pode recorrer à sua própria iniciativa, à sua responsabilidade, à sua liberdade (BASAGLIA, 2005, p.32).

Os asilos no período pós -1960 se apresentam de forma precária em relação aos espaços físicos, são ainda mobiliados com bancos e grandes mesas; os serviços higiênicos quase sempre contrariam qualquer senso de dignidade; o vestuário é remendado e pobre; o pessoal sanitário é escasso em relação às exigências terapêuticas criadas. Ainda se aguardam providências de máxima urgência, porque a administração, por entraves burocráticos, não consegue obter o financiamento de melhorias no hospital (BASAGLIA, 2005, p. 34).

Porém, outra restrição e outra regressão – que se sobrepõem às primárias – são identificáveis no doente mental, quando nos dispomos a analisá-lo em suas relações com a sociedade da qual ele ainda faz parte, somente enquanto excluído. Neste caso, trata-se de uma regressão institucional, na medida em que é claramente produzida pela internação em instituições psiquiátricas, as quais, nascidas essencialmente para tratar do doente e protegê-lo, tiveram por demasiadas vezes a única função de proteger o são dos excessos e da periculosidade do louco (BASAGLIA, 2005, p.47).

Para reforçar essa tentativa de proteção dos excessos e da periculosidade e os processos de aniquilamento e exclusão do doente mental, os

manicômios surgem comumente na periferia das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros, que demarcam precisamente o sentido da separação, da fratura, do limite. A figura do doente mental, como expressão de uma ruptura da norma, é uma imagem que deve ser mantida à distância, para que não venha a perturbar o ritmo de uma sociedade que necessita de áreas de compensação sobre as quais descarregue as forças agressivas que não pode canalizar de outra forma. Mas esta necessidade de dividir, de isolar, de afastar o doente mental, expressa também o estado de debilidade e de amesquinamento de uma sociedade que tende a eliminar o que perturba sua expansão, sem levar em conta a responsabilidade que também lhe cabe nesses processos (BASAGLIA, 2005, p.47).

A situação poderia ser resumida assim: foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar. Porém, simultaneamente a esta ação defensiva, a sociedade demanda do psiquiatra o tratamento do doente (BASAGLIA, 2005, p.48).

Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consintam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco, e pela do próprio louco (BASAGLIA, 2005, p.49).

A concentração do poder econômico conduziu e está conduzindo a uma enorme concentração do poder político. Aqui, claramente, revela-se o caráter antidemocrático do capitalismo e, em especial, do capitalismo monopolista: ao mesmo tempo em que desqualificam a política, ladeando as instâncias representativas (parlamentos, assembleias legislativas) ou nelas fazendo sentir o peso dos seus *lobbies*, essas "elites orgânicas" do grande capital – empresários, executivos, analistas, cientistas, engenheiros – realizam a sua política, tomando decisões estratégicas que afetam a vida de bilhões de seres humanos, sem qualquer conhecimento ou participação destes. E não é preciso dizer das características corruptas dessa política (NETTO-BRAZ, 2006 , p. 225).

No cenário internacional, destacam-se algumas experiências de rompimento com os padrões tradicionais de tratamento em saúde mental, neste período. 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. 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 ideias.

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 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 desligar-se dos valores da cultura burguesa (AMARANTE, 1995, p.43).

Em relação à conjuntura brasileira, que se encontrava no contexto da ditadura militar, Pelbart (2007, p 12) reflete que, nos anos 1970, assistimos a um fenômeno muito intrigante: tudo aquilo que, em plena efervescência estudantil, na esteira dos movimentos hippies, no caldo dos protestos contra a ditadura, contra a Guerra do Vietnam, tudo aquilo que se reivindicava contra um poder centralizado, hierarquizado, tudo aquilo que se exigia – mais espontaneidade, mais efetividade, mais criatividade, mais corpo, mais sexo, mais imaginação, mais deriva – tudo isso foi incorporado pelo capitalismo. Segundo este autor, passamos de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle. Se, há algumas décadas, tudo funcionava na base do confinamento e da vigilância – família, escola, fábrica, caserna, hospital, manicômio –, hoje, cada vez mais, tudo se desconfinava, todos se movem em espaço aberto, porém com um monitoramento incessante. Um exemplo dos mais banais: em alguns países: presos circulam livres pela cidade, mas com tornozeleira eletrônica. Portanto, dá para saber o tempo todo onde é que eles estão, o que é que eles estão fazendo. Liberdade, flexibilidade, mobilidade e controle incessante. “Nós também andamos soltos por toda parte, livres, mas o nosso celular é a nossa coleira eletrônica”.

O Juqueri possuía, em outubro de 1981, população de cerca de 4.200 internos e 3.400 servidores. Em 1980, segundo Tragtenberg (2009, p. 228), uma Comissão Parlamentar de Inquérito constatou umidade, odor e sujeira, dependências infestadas de moscas e numerosos corvos nas cercanias. Apurou também que, no ano de 1977, os doentes de Franco da Rocha, divididos em trinta pavilhões, receberam visitas médicas somente em 37 dias. A Comissão verificou, ainda, que a clínica, com capacidade de 15 leitos, abriga 62 pacientes; os demais dormem em colchões no chão, quarenta por cento ou mais sem chinelos; na creche, encontrou fezes de ratos nas sopas dos bebês, além de palhas de aço, cabelos e baratas. Também notou a falta de material para curativos. A Comissão constatou o desaparecimento de gêneros alimentícios, cujo volume só poderia ser transportado por veículos. Agrega-se a isso o roubo de quatro mil metros de fio elétrico plástico em 21 de novembro de 1977. Há a acrescentar que a grande maioria dos cinco mil funcionários recebe salários ínfimos. O Hospital de Franco da Rocha possui, talvez, a maior farmácia do país. Por incrível que pareça, ela não consta do organograma desse hospital. Seu enorme estoque de medicamentos não está sujeito a nenhum controle. Funciona em um prédio que anteriormente servia de velório. Apesar disso, possuía 15 livros de Registros de Especialidades Farmacêuticas. A comissão encontrou receitas feitas para um só paciente com dez mil e quinze mil comprimidos. No Livro 15, foram encontradas duzentas páginas rasuradas.

Nesta década de 1970, no Rio de Janeiro, a situação dos hospitais não era tão diferente. Segundo afirma Tragtenberg (2009, p. 228), os hospitais de Jurujuba (Niterói) e Vargem Alegre (Barra do Pirai) abrigavam doentes trancados em quartos confinados, só com uma viseira na porta. Os doentes eram dopados com psicofármacos que provocam um estado de apatia, o que permite o controle sobre eles. Nas enfermarias de Jurujuba, encontraram portas de ferro fechadas a cadeado, leitos imundos, encostados uns aos outros, os enfermos se amontoando, vários doentes circulavam nus, em uma situação completamente insalubre, à mercê de sujeiras e contaminações. Tragtenberg (2009, p. 228) afirma ainda: “Não era um hospital, mas um depósito de loucos, uma prisão especializada”.

Segundo Amarante, em reportagem à revista *Mente e Cérebro*, em 1978, ele e mais dois colegas plantonistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, denunciaram uma série de violações aos direitos humanos das pessoas lá internadas. Como se tratou de uma denúncia escrita, registrada em

documento oficial, a resposta foi imediata e violenta, como era comum naqueles tempos, devido à ditadura militar. Além dos três, foram demitidos mais 263 profissionais que ousaram defendê-los ou que confirmaram as denúncias. Nasceu aí o movimento de trabalhadores da saúde mental que, dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial.

O ano de 1978 foi importante também pela chegada ao Brasil de Franco Basaglia. Sua presença no Brasil recebeu tratamento e atenção especiais da imprensa, além de dar origem ao clássico documentário de Helvécio Ratton, *Em nome da razão*, de 1980, um marco da luta antimanicomial brasileira, ao lado de uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino, publicadas inicialmente no jornal *Estado de Minas* e posteriormente pela Editora Codecri, sob o título *Nos porões da loucura*, de 1982.

Neste período, a área de saúde mental expressa as contradições postas pelo capitalismo nas relações sociais, na medida em que o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais eficientes que o legitimem, embora sem conseguir apresentar respostas efetivas às necessidades sentidas na área social, o que implica em tensões, choques e controle, sem que se efetivem as necessárias transformações do real.

Para os usuários institucionalizados de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a maior contradição consiste em a forma de tratamento ser a classificação e exclusão dos usuários, sob o estigma de "incapacitados" para a produção e, conseqüentemente, estigmatizados também como "incapacitados" para o convívio social em uma sociedade organizada, segundo os ditames do modo de produção capitalista.

Ao finalizar esta seção, ressaltamos como o conjunto das mudanças que ocorreram na saúde mental no contexto do modo de produção capitalista influenciaram nos processos de institucionalização, ligados historicamente aos fatores de exclusão e institucionalização em instituições totais, sob o mandato do poder científico e sob o ditame do capital. Assim, foi possível desenvolver aqui um percurso histórico que sustenta nossas análises sobre o debate teórico e político e sobre os conceitos de desinstitucionalização. Na próxima seção, buscaremos demonstrar outros elementos desse debate no contexto brasileiro, na perspectiva do movimento da luta antimanicomial.

A trajetória da luta na área de saúde mental, explicitada na seção 2 deste trabalho, vai ilustrar que os caminhos escolhidos em busca de uma alternativa na correlação de força com o capital buscaram intensificar e combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais. Buscou-se também resgatar para a saúde uma concepção revolucionária, pautada na concepção de direitos e na possibilidade efetiva da participação popular, combatendo os excessos da medicalização, da privatização, da psiquiatrização dosocial e da miséria em todas as suas formas de manifestação.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS FORMULAÇÕES TEÓRICAS E POLÍTICAS SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL

A pesquisa sobre uma proposta de estudo do conceito de desinstitucionalização no percurso da reforma psiquiátrica apresenta-se conectada à possibilidade de revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam a perspectiva histórico-crítico sobre os paradigmas fundantes da reforma psiquiátrica. A opção pelo conceito aqui abordado deve-se à importância dos mesmos ao longo da história da loucura. Metodologicamente, procuramos identificar os principais e pioneiros autores que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira no contexto nacional e internacional.

Dessa forma, pretendemos ora apresentar uma visão do conceito de desinstitucionalização, desde os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica no Brasil na década de 1970 até a incorporação de novos desafios para a reforma psiquiátrica. E para isso procuramos, através de marcos temporais, resgatar na história da reforma psiquiátrica tanto os conceitos propostos no modelo preconizado pela reforma psiquiátrica em sua concepção, quanto as ideias primárias do movimento da luta antimanicomial. Com isso, dividimos em três momentos e mapeamos as principais fontes bibliográficas e documentais que forneceram e ainda fornecem as condições de análise teórica do conceito de desinstitucionalização. Destaca-se o fato de os principais autores brasileiros serem protagonistas do movimento e posteriormente da Política de Saúde Mental¹⁵.

2.1 Aspectos históricos da reforma psiquiátrica no Brasil

Neste item abordaremos o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, através da seguinte periodização: 1978 a 1991 – constituição do movimento da luta antimanicomial no Brasil, com íntima e estreita identidade ao movimento da reforma sanitária brasileira; 1992 a 2000 – início da implantação dos primeiros serviços propostos pela reforma psiquiátrica; 2001 a 2010 – período de aprovação da lei da reforma psiquiátrica e seus desafios subsequentes. Nesta

¹⁵O perfil dos Coordenadores de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem sido ao longo da história da reforma psiquiátrica de intelectuais com considerável produção acadêmica.

apresentação, procuramos identificar a presença do conceito de desinstitucionalização no debate e nas formulações em cada período.

2.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 1978 a 1991

No Brasil, é a partir de 1978 que surgem as ideias de maior influência no discurso dos ativistas brasileiros oriundas de Franco Basaglia. Goulart (2007, p. 26) afirma que a rota de Basaglia no Brasil não foi traçada a esmo. Suas denúncias, especialmente em 1979, foram sustentadas por diversas associações profissionais de psiquiatria e psicologia, entre as quais a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação Mineira de Psiquiatria, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Inicia aí a história do movimento de luta antimanicomial brasileiro.

Esse marco inicial é importante, dado que em 1978 tem-se a reemergência dos principais movimentos sociais no Brasil, após um longo período de repressão ocorrida durante o regime militar, que até então impossibilitava a expressão política da sociedade civil no país. Dentro desse conjunto de movimentos sociais, destaca-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que surge em 1978 e inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época, e para Amarante (1995) revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. (VASCONCELOS, 2000)

Juntamente com os demais movimentos sociais populares que emergem nesse ano de 1978, o MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália. Uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente *externo* ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa. Consistia principalmente em denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no

Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.(VASCONCELOS, 2000, P.23)

Para Vasconcelos (2000, p. 24), em São Paulo e Minas Gerais a conjuntura política, em 1982, permitiu ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental alcançar seus principais objetivos, como a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde fosse possível e/ou necessário; regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados, via centralização das emissões de autorização de internação hospitalar (AIH) nos serviços de emergência do setor público; expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental e por fim humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

Neste período, ocorre a ocupação de cargos por lideranças do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental nas secretarias estaduais de Saúde. Porém, esse fato vai explicitar uma das contradições desse processo histórico, pois militantes dos movimentos, ao assumir cargos públicos, passam a ser os protagonistas estatais das propostas do movimento, incorporando todos os limites impostos por esta posição. Uma vez que os interesses hegemônicos do Estado apresentam-se vinculados aos interesses do capital, esse fato ocasionou, portanto, um fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses. Ocupar cargos estratégicos no Estado possibilitaria mudar serviços de saúde nos limites governamentais, entretanto não seria mais a ação do movimento social, então o movimento de trabalhadores em Saúde Mental deveria continuar pressionando o Estado.

O movimento salientou também a necessidade de reativar as alianças do movimento da saúde mental com os movimentos populares e com a opinião pública em geral. Essa mesma ala percebe as limitações dos objetivos táticos de luta e transformação do sistema de saúde mental centrados no modelo sanitário (Vasconcelos, 1992b e 1997; Amarante, 1995). Através do controle e da humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como na difusão de serviços

ambulatoriais, propôs-se então um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, ao se inspirar mais diretamente no modelo proposto por Basaglia e no movimento de Psiquiatria Democrática na Itália (Vasconcelos, 1992b; Barros, 1994; Amarante, 1995, 1996). Colocou-se em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira "Por Uma Sociedade Sem Manicômios", lutando-se pela implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional.

Goulart (2007, p. 29) ressalta que a racionalização dos serviços de saúde mental e as reformas institucionais tiveram pouco impacto sobre a prática de segregação consolidada. A prática assistencial, centrada no internamento hospitalar de longo prazo, resistia, especialmente porque ali se encontrava ameaçada a mercantilização da loucura, estimulada pelo processo de privatização ocorrido desde 1970. Tornou-se necessário atacar de forma mais incisiva a cultura e as práticas asilares, manicomiais, que tinham como principais defensores os donos de hospitais privados organizados na Federação Brasileira de Hospitais, a FBH. Dessa forma, na década de 1980 um modelo alternativo ao sistema assistencial tradicional em saúde mental começou a ser construído, problematizando as relações entre as esferas públicas e a privada (GOULART, 2007, p. 29).

Ainda nesse período, implementam-se as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. O melhor e principal exemplo foi o processo iniciado em 1989 em Santos, no Estado de São Paulo, e que constituiu o principal laboratório dos chamados *Núcleos de Atenção Psicossocial*, inspirados na experiência de Trieste, Itália. Era um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana e capaz de atender praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais. O processo na capital de São Paulo também foi importante como experiência inicial dos *Centros de Convivências* e principalmente dos *Centros de Atenção Psicossocial* (Goldberg, 1994), serviços abertos oito horas por dia, cinco dias por semana, que também serão mais tarde difundidos no resto do país.

Destaca-se nesse período a I Conferência de Saúde Mental em 1987 com 3 temas: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e

doença mental;II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.No relatório da referida Conferência, a desinstitucionalização é citada quando se preconiza a reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiaticêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização. Outra deliberação politicamente relevante foi a proibição¹⁶ de o setor público credenciar e instalar novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. O documento também proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais e estabeleceu que, nas regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência. Da mesma forma, preconizou que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos, e que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais.

O relatório também deliberou que, em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos. Regulamentou o funcionamento das unidades de internação psiquiátrica a partir do centro de saúde, ambulatórios e polos de emergência da rede pública. Nesta conferência, foi reconhecida e deliberada a reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento, com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes, bem como o desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos.

¹⁶O texto original do relatório da Conferência traz no item 2.2.1 a seguinte redação "Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais" (BRASIL, 1988, p.18)

No que se refere à Reinserção Social¹⁷, pode-se perceber que o documento deliberou a implementação de programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para a criação de espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Estabeleceu-se a implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: lares protegidos, núcleos autogestionários, trabalho protegido e outros.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657 do deputado Paulo Delgado (PT/MG). A elaboração desse projeto tem uma característica muito especial para a história da saúde mental. Ao contrário de muitos projetos que são realizados isoladamente por parlamentares em seus gabinetes burocráticos e distantes da realidade de suas bases, esse projeto representou a mais próspera articulação da base com o legislativo e alcançou relevante índice de participação social, envolvendo técnicos, familiares e usuários.

Consideramos que o projeto original traz em essência uma questão conceitual importante para a desinstitucionalização. Ele propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória. Esse item foi alterado nos substitutivos posteriores, que propuseram a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental por uma rede integrada de serviços assistenciais diversificados, mas essa proposta também não permaneceu. No texto final, não se fala de extinção nem de substituição, pois são vedadas as instituições de características asilares, mas é permitida a continuidade de hospitais psiquiátricos. Isso se deve ao artigo 3º, estabelecendo que a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais serão prestadas em estabelecimento de saúde mental, entendidos como instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. No texto original do projeto de lei, proibia-se a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Outra importante questão para a discussão da desinstitucionalização foi a concepção e os encaminhamentos sobre a internação psiquiátrica compulsória,

¹⁷ A reinserção social é tratada neste trabalho como um conceito complementar da desinstitucionalização, uma vez que entendemos não ser possível falar de desinstitucionalização sem vincular ao conceito de reinserção social.

que deveria ser comunicada no prazo de 24 horas, pelo médico que a realizou, à autoridade judiciária local, de preferência à Defensoria Pública, quando houver. Definia-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal. Competia ao Defensor Público (ou a outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, emitindo parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação. A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) deveria proceder à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

O projeto original (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989) apresentava como justificativa que o hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, e seu componente gerador de doença, superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção. Dizia ainda que, no Brasil, os efeitos danosos da política de privatização da saúde, nos anos 1960 e 1970, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais.

A justificativa tinha como fundamento que a interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz e ética de atendimento em saúde mental. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e cotidianamente um novo dispositivo de atenção.

Na justificativa do projeto original, está prevista a problemática da liberdade como central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos

Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro por parte do psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das internações anuais era anônima, silenciosa, noturna, violenta, sob a calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, instalada em todas as comarcas, tinha o objetivo de assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro e o respeito aos direitos do cidadão internado (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

A década de 1980 culmina com a conquista da Constituição Federal, mesmo com muitos embates com os setores conservadores e mobilização dos movimentos sociais. A reforma sanitária influencia na configuração do SUS, e concomitantemente a saúde mental estava sendo discutida no nível internacional, tendo a declaração de Caracas como referencial de base legal para as principais diretrizes na implementação de experiências de mudanças na saúde mental.

A Constituição Federal, a lei 8080/1990 e a 8142/1990, que respectivamente instituiu o Sistema Único de Saúde e a Declaração de Caracas, são a principal base normativa na perspectiva da reforma psiquiátrica. Consideramos o SUS um dos maiores patrimônios nacionais, construído coletivamente.

No âmbito das reformas sociais no Brasil, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica apresentaram se como um avanço, a construção de um processo participativo de total reestruturação político-administrativa do sistema de saúde, resultante de um histórico processo organizativo. O conteúdo da reforma exprimiu o acúmulo de forças, sintetizadas nas conquistas parciais relativas à ampliação da intervenção pública no setor saúde. Acontece, porém, que o desenvolvimento do projeto de reforma sanitária e psiquiátrica deparam-se com a hegemonia do neoliberalismo. No cenário mundial, começa a ocorrer um esgotamento de crescimento iniciado no pós-guerra, a crise do Estado de Bem-Estar-Social se intensifica, a perspectiva de um socialismo real se distancia cada vez e aumentam significativamente as mudanças na cultura e no mundo do trabalho.

O SUS, previsto na Constituição Federal de 1988, na seção II, da Saúde – artigos 196; 197; 198 (parágrafo único – emenda constitucional 29); 200, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,

proteção e recuperação. Estabelece também que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Em 19 de setembro de 1990, é sancionada a lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em 28 de dezembro de 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo as Conferências e Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. As Conferências que, segundo a lei, têm a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes foram fundamentais para as propostas de redirecionamento da atenção em saúde mental.

A lei 8.080 defende princípios que foram incorporados e defendidos pela militância da saúde mental, como a universalidade, integralidade e participação comunitária. Essas propostas se articulam com a desinstitucionalização, na medida em que a reorganização da assistência psiquiátrica vai se estruturar nas bases desses princípios, priorizando o acesso público, gratuito e de qualidade.

Entende-se que no modo de produção capitalista as políticas de seguridade social são concebidas como o resultado de disputas políticas, e nesse campo tensionado se apresenta um forte caráter contraditório. Nesse cenário, as políticas sociais, advindas das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, podem incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Podem também garantir, conseqüentemente, direitos sociais, contribuindo para melhorar as condições de vida e trabalho, embora não consigam mudar estruturalmente o capitalismo.

A situação degradante da saúde encontrada nos hospitais psiquiátricos neste período feria bruta e a liberdade e a autonomia das pessoas

acometidas por sofrimento mental. Desta forma, os princípios da lei 8.080, de preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, ilustra bem a identidade ideológica entre Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Era comum nesse período a ocorrência de mutilações, agressões, procedimentos médicos utilizados indiscriminadamente sem as condições necessárias para garantia de integridade física das pessoas em sofrimento mental, como mau uso e abuso do eletrochoque, aplicado muitas vezes como medida disciplinar. A história verdadeira de Austregésilo Carrano, retratado no filme *Bicho de Sete Cabeças*, de Lais Bodanzky, de um adolescente que é internado em um hospital psiquiátrico, por ter sido encontrado com maconha na jaqueta pelo pai, e durante três anos foi dopado e institucionalizado, levando sessões de eletrochoques aplicados a seco, não era uma exceção. Muitos usuários eram internados involuntariamente por motivos diversos.

Em relação à legislação específica de saúde mental no Brasil neste período, não encontramos muitas normatizações sobre o processo de desinstitucionalização.

Destaca-se a Declaração de Caracas¹⁸, que aponta para uma reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde. Isto evitaria as institucionalizações de longa permanência e não retiraria o indivíduo do meio social em que vive e convive, permitindo a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e em redes sociais.

O documento declara:

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

¹⁸Proclamada no dia 14 de Novembro de 1990 pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), com o apoio técnico-financeiro do Instituto Mario Negri, de Milão, Itália, Centro Colaborador da OMS em Saúde Mental e com o auspício das seguintes entidades: Associação Mundial de Psiquiatria; Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial; Associação Psiquiátrica da América Latina; Centro de Estudos e Pesquisa de Friuli, Trieste, Itália; Comissão Inter-Americana de Direitos Humanos, Organização dos Estados Americanos; Conselho de Saúde de Asturias, Espanha; Direção Provincial de Valência, Serviço de Saúde Mental, Valência, Espanha; Direção Geral de Ordenação Sanitária da Comunidade de Andaluzia; Instituto Andaluz de Saúde Mental, Espanha; Federação Mundial de Saúde Mental; Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Livorno, Itália; Serviço Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Parma, Itália; Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Reggio Emilia, Itália; Sociedade Inter-Americana de Psicologia; Sociedade Venezuelana de Psiquiatria; Universidade de Umea, Suécia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4 Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5 Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6 Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

A busca da superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico, a luta contra todos os abusos e a exclusão das pessoas com problemas de saúde mental, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade constituíram os principais pilares da saúde mental instituídos pela Declaração de Caracas para todos os que se comprometeram a melhorar a saúde mental das populações na América Latina. Essa declaração aponta para a possibilidade concreta de uma saúde mental diferente, uma saúde mental mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada na comunidade e no sistema geral de saúde, capaz de superar a institucionalização e o modelo segregador dos manicômios.

Finalizamos, aqui, o primeiro período apresentado, destacando que ele se caracteriza pelo início de uma mudança nos padrões de institucionalização e de mercantilização na saúde mental no Brasil. Essa mudança pretendia ser radical, e era motivada pela efervescência dos movimentos sociais, sobretudo pelo movimento sanitarista e pelo movimento da luta antimanicomial, que comungavam de princípios e diretrizes comuns sobre a saúde, embora fossem movimentos diferentes. A seguir, continuamos a periodização proposta para explicar o processo de reforma psiquiátrica e as mudanças em relação à institucionalização da saúde mental.

2.1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 1992 a 2000

Nesse período de democracia na política, as novidades no debate sobre desinstitucionalizar, na saúde mental, vão se desenhar a partir do ano em que ocorre a II Conferência de Saúde Mental, em dezembro de 1992, com o tema: A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Nesse início de década, os movimentos sociais conseguem influenciar na aprovação, em vários estados brasileiros, das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos. Na década de 1990, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

CAPS, NAPS e hospitais-dia passam neste período a ser normatizados pela Portaria SNAS nº 224/1992, que estabelece normas para os primeiros serviços substitutivos em saúde mental. Regulamentando o funcionamento de todos os serviços nessa área da saúde e incorporando novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram – e alguns ainda são – lugares de exclusão, silêncio e martírio. Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como co-responsáveis, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos e à luz da Lei Orgânica da Saúde, os níveis estadual e municipal do sistema, que inclusive são estimulados a complementá-la. A Portaria SNAS nº 224/1992 foi aprovada de forma participativa pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Há então uma tendência à supervisão, fiscalização, avaliação e ao controle dos hospitais psiquiátricos, respaldada pela normatização de portarias ministeriais. Elas estabelecem exigências

e critérios de funcionamento e manutenção, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor e a qualidade do serviço prestado. Essa estratégia foi utilizada para controlar e garantir as condições necessárias para redirecionar a assistência psiquiátrica e controlar as bases institucionalizantes e cronicantes dos hospitais.

No tocante ao controle da qualificação do atendimento realizado pelos hospitais, conta-se com a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, normatizado pela portaria SAS nº 147/1994. Ela redefine as atividades que o hospital psiquiátrico deve oferecer, ampliando o item 4.2 da portaria 224/1992. Na perspectiva da desinstitucionalização, ainda hoje, este é um instrumento normativo importante para estabelecer parâmetros do atendimento psicossocial prestado aos usuários.

Para as mudanças nos processos de institucionalização e desinstitucionalização em saúde mental, é essencial um programa para a aquisição de medicamentos essenciais para essa área. Assim, neste período surge a normatização que assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Essa normatização representou um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para que os estados e municípios possam manter um programa de farmácia básica em saúde mental, e sua aplicação é importante para o processo de não institucionalização por motivos meramente medicamentosos. Possibilita que a atenção básica dos municípios comece a se organizar, atuando numa "prevenção" à institucionalização em hospital psiquiátrico.

Surgem neste período os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, já se apontava para a importância estratégica da reestruturação da assistência psiquiátrica e da implantação dos lares abrigados. Tais lares, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, fazem parte do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial. Regulamentado pelas Portarias GM nº 106 / 2000 e GM nº 1.220/ 2000, este dispositivo tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à "hospitalidade" do hospital psiquiátrico. Ainda é tímida a sua aplicabilidade pelos municípios, mas é um importante avanço na perspectiva de alternativa concreta para moradia de usuários

residentes sem vínculos familiares ou com vínculos fragilizados, conferindo mais concretude à proposta de fechamento de leitos.

Vimos, portanto, que essa década de 1990 foi marcada por grandes mudanças da história das políticas de saúde mental, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando, segundo Vasconcelos (2000), deixando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica. Isso aconteceu em primeiro lugar pela ousadia de implantar os primeiros serviços orientados politicamente e ideologicamente sem grandes fontes de financiamento, e em segundo lugar pelo número de experiências exitosas identificadas em vários locais no país, como em Santos (SP) e Minas Gerais. Identifica-se também neste período expressiva redução do número de leitos em hospitais privados e, principalmente, públicos, que não possuíam as mínimas condições de hotelaria e assistência. Entretanto, Vasconcelos (2000) observa que essa extinção não garante a qualidade do cuidado dos leitos restantes existentes, pois muitos hospitais convencionais conseguiram "maquiar" suas instalações e serviços, apesar do aumento significativo do número de profissionais de diferentes categorias. Em 1996, existiam 72.514 leitos psiquiátricos e, em 1997, essa oferta foi reduzida para 71.041. No ano de 1998, reduz-se ainda mais: para 70.323, e em 1999 continua o processo de redução, com 66.393 leitos psiquiátricos. Em 2000, esse período de queda na oferta chega a 60.868 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Essa redução, portanto, alcançou a expressiva marca de 11.646 leitos em todo o país.

Em paralelo ao processo de desospitalização, houve crescimento do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços de atenção psicossocial (hospitais-dia, centros [CAPS] e núcleos [NAPS] de atenção psicossocial), sinalizando um processo de substituição gradativa, do tipo de assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços abertos, de acordo com um novo paradigma de atenção. Também houve um relativo avanço da luta antimanicomial no plano legislativo; apesar da não aprovação do projeto de lei Paulo Delgado, vários municípios introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica.

Segundo Vasconcelos (2000), assistiu-se a um avanço significativo dos núcleos ligados ao movimento de luta antimanicomial durante esse período, com congressos e encontros acontecendo em todo o país. Nessa altura, o aspecto

mais importante a salientar foi o aumento significativo no número de organizações de usuários e familiares. Em 1996, as principais lideranças do movimento estimam a formação de cerca de cinquenta dessas associações em todo o país, que realizam encontros próprios, tendo um deles lançado uma carta de direitos e deveres em que defendem seus princípios básicos quanto à assistência em saúde mental (III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, 1993, realizado em Santos/SP). Assiste-se a uma mudança significativa no perfil de participação no Movimento da Luta Antimanicomial, com cada vez maior adesão de usuários e familiares nos seus encontros locais, regionais e nacionais. Nesta carta de direitos e deveres, os usuários defendem que, em relação às características gerais dos serviços de saúde mental e complementares à atenção em Saúde Mental, não devem ser realizados em manicômios (instituições fechadas), mas em serviços abertos e da forma menos restrita que for possível.

Precisamos também destacar que no final desse período em tela, novos desafios se colocam a partir da política neoliberal incrementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), principalmente após a saída do ministro da Saúde Adib Jatene. Tivemos então no plano federal um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas (tais como o Programa de Apoio à Desospitalização – PAD), e um relativo esvaziamento do papel da liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde.

Nota-se, principalmente nas grandes cidades, um agravamento no quadro econômico e social, marcado por desemprego, miséria, má qualidade de vida e violência social. Neste período, começa a pressão no campo dos serviços para assistência a dependentes químicos e moradores de rua.

Para Vasconcelos (2000), o sucesso e a difusão crescentes do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, implementando equipes básicas de saúde trabalhando diretamente nas comunidades e nas casas da população, recolocam na ordem do dia a questão dos cuidados em saúde mental comunitária. É perfeitamente possível ser implementada essa abordagem, nesse nível de atenção, por essas equipes (Vasconcelos, 1985; Vasconcelos, 1999), bem como do sistema de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos, a partir de uma lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica. Essa

lógica contribui para a desinstitucionalização e reinserção, na medida em que os usuários passam a ter referências territoriais com profissionais de equipes de atenção básica de saúde, permitindo matriciamento e encaminhamento dos casos na perspectiva de inserção social, isto é, ser tratado e cuidado no meio social em vive.

Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Essa constatação sinaliza que, embora tenham ocorrido grandes mudanças do ponto de vista da ampliação de serviços extra-hospitalares, a mudança deixou a desejar no ponto de vista financeiro, uma vez que continuou havendo uma grande concentração de verbas no modelo hospitalar.

2.1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil no período de 2001 a 2010

A participação social ganha destaque nesse período na III Conferência de Saúde Mental, em 2001, com o tema: Cuidar sim, excluir não – Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.

Porém, sem dúvida, o grande marco deste período é a aprovação da lei nº 10.216, que tramitou por 12 anos. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do projeto original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Começa a ser traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

Os serviços hospitalares de psiquiatria são reorganizados através de um processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar

especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos. São estabelecidos critérios de classificação conforme o porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, quanto ao processo terapêutico, e pela ANVISA para análise da área de vigilância sanitária.

Ainda nesse intuito de controlar o espaço dos hospitais psiquiátricos como estratégia de desinstitucionalização, nesse período cria-se uma comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS¹⁹. Essa rede estará relacionada a um Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS²⁰, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos. Os três componentes principais do Programa consistem: na redução progressiva de leitos, constituindo nova classificação para os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição das diárias; no estímulo às pactuações entre gestores e prestadores, para que a redução se dê de forma planejada, prevendo a assinatura de termo de compromisso e ajustamento entre as partes na garantia de efetivação do programa e no redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. Em suma, este programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução e pela melhor qualidade de assistência. Esse controle normatizado por parte do Estado permite que os proprietários de hospitais privados primem por observância e cumprimento das normas, sob pena de ter leitos fechados ou descredenciamento com o SUS. Quanto aos públicos, no caso da não observância das normas, pode ocorrer também fechamento de leitos e obrigatoriedade da implantação de serviços substitutivos que atendam às necessidades das pessoas residentes do hospital e dos usuários em geral.

As pessoas portadoras de autismo vão receber uma atenção diferenciada neste período, na medida em que se institui no sistema de informações ambulatoriais do SUS procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas

¹⁹Através da portaria GM nº 1.467 / 2002

²⁰ Através da portaria GM nº 52 / 2004.

específicas. Essa tentativa, a nosso ver, visa evitar a institucionalização da pessoa com autismo, que, devido à complexidade dos sintomas e sinais apresentados, constituíam demandas para institucionalização em hospitais psiquiátricos, às vezes por determinação judicial. Isto acontecia pela falta de referências, para as famílias, de opções em tratamentos em instituições abertas, que possibilitassem a inserção do usuário no meio social. Essa demanda começou a ser absorvida pela rede de serviços substitutivos a hospitais psiquiátricos, mas é um assunto que ainda não se esgotou, por ser polêmico e nesse período não haver se verificado um intenso investimento na atenção psicossocial para essas pessoas.

Após a aprovação da legislação geral da saúde mental, novas definições são construídas no âmbito do SUS. Os CAPS adquirem uma configuração segundo o porte populacional²¹ e algumas especificidades passam a definir os tipos de CAPS, regulamentando seu funcionamento em modalidades. São acrescentados novos parâmetros aos já definidos²² para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para as áreas de álcool e outras drogas e da infância e adolescência. Cria-se, ainda, mecanismo de financiamento próprio para a rede de CAPS, para além dos tetos financeiros municipais, ampliando-se o financiamento daqueles serviços²³. Essa lógica norteia os serviços CAPS desde a sua implantação, ou seja, a execução e monitoramento neste período como base para a substituição da institucionalização no hospital psiquiátrico para institucionalização em serviços de base comunitária.

Parafraseando Pitta (1996), não se faz política pública sem dinheiro, “*dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir*”, dessa forma destaca-se neste período uma tentativa governamental de mudança da lógica de transferir gradativamente os recursos destinados a internações hospitalares para implantação e implementação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico²⁴.

²¹ Pela portaria GM nº 336/ 2002

²² Pela portaria nº 224/92

²³ Complementada com a portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002, insere novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS, a partir do estabelecido pela Portaria GM nº 336/2002

²⁴ Destaca-se a importância da Portaria GM nº 626/ 2002, determinando que os recursos destinados ao custeio dos CAPS, definidos na Portaria SAS nº 336 e nº 189, sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo recursos extra-teto, garantindo também a utilização dos mesmos para os procedimentos previstos. Define também o plano de expansão da rede de CAPS no País para 2002. Também foram consideradas importantes a Portaria nº 1174/GM de 15 de junho de

Os cuidados voltados para a atenção integrada a usuários de álcool e outras drogas foram pensados muito mais na perspectiva de não institucionalização do que desinstitucionalização, haja vista que, embora os hospitais psiquiátricos recebessem usuários de álcool e outras drogas, esse não era o motivo mais recorrente para institucionalização de longa permanência, exceto pelos casos que, ao serem admitidos por esses motivos, tornavam-se adoecidos ainda mais pela própria estrutura manicomial²⁵. Neste período, institui-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas²⁶. Institui-se também, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas²⁷. Merece atenção especial a instituição dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais. Os CAPS I passam a receber o procedimento para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas²⁸. Nesse período, são definidos critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da lei nº 10.216. Esses critérios são importantes na medida em que a internação involuntária por uso de drogas é uma grande polêmica na atualidade

Para incentivar o crescimento de residências terapêuticas, como dispositivo importante na desinstitucionalização de pessoas internadas a longo prazo em hospitais psiquiátricos a longo prazo, é destinado um incentivo financeiro para os municípios em processo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos²⁹ e definido o seu valor em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para a implantação ou melhoria dos Serviços Residenciais Terapêuticos³⁰. Ocorre em 2006 uma modificação na tabela de procedimento do serviço de residência terapêutica, definindo como

2004 e posteriormente a Portaria nº 245/GM de 17 de fevereiro de 2005, para aumento de implantação de CAPS, definindo o repasse fundo a fundo do incentivo antecipado para implantação dos novos CAPS aos estados, municípios e Distrito Federal e estabelecendo os critérios para transferência

²⁵ Um dos casos que bem retrata essa questão é a de Austregésilo Carrano Bueno, mencionada na p. 69 deste trabalho.

²⁶ Portaria GM nº 816/ 2002

²⁷ Portaria nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004

²⁸ A Portaria nº 384 de 05 de julho de 2005 autoriza os CAPS I a cobrar os procedimentos relativos ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas

²⁹ Portaria GM nº 2.068 / 2004

³⁰ Portaria GM nº 246 / 2005

Serviços Residenciais Terapêuticos moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade. Essas moradias se destinam a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando sua inserção social. Define-se também que o cadastro do estabelecimento como residência terapêutica somente será permitido se os mesmos se enquadrarem no conceito acima descrito e o estabelecimento possuir o serviço especializado de Atenção Psicossocial e classificação como Residência Terapêutica em Saúde Mental³¹.

Em 2008, os beneficiários do Programa de Volta para Casa e os participantes do I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa, ocorrido em Brasília em 2007, assinaram uma carta aberta aos gestores das três esferas do SUS fazendo uma reivindicação. O governo federal então reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial³², instituído pela lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Porém esse reajuste é apenas uma das questões desse programa, que embora, tenha uma concepção histórica importante para o processo de desinstitucionalização, encontra muitas dificuldades de operacionalização, que vão desde da definição de representante legal passando pela burocracia de abertura de conta em banco à contratualização e pactuação com usuário para gerir e administrar seu benefício, sua vida e sua sustentabilidade. Outro grande limite que se torna um grande desafio para as equipes que trabalham com esse programa é o grau de comprometimento das condições psicossociais, físicas e até de envelhecimento de alguns usuários, decorrentes da institucionalização, que bem ou mal, já se sentiam acostumados e protegidos pela estrutura que vivia, dessa forma, sair dos muros dos hospitais significa também precisar contar com um referência para uma urgência, uma consulta básica clínica, um exame necessário ou outros cuidados que vão variar de acordo com as necessidades individuais de cada um, o que deveria ser, mais não é, uma garantia no Sistema Único de Saúde pelos altos níveis de precarização que passam os serviços públicos.

Para Delgado (2007, p. 62), a clínica da Reforma Psiquiátrica é necessariamente uma clínica da inclusão social. Se assim é, não existe outra possibilidade senão, permanentemente, termos uma intervenção direta na produção dessa inclusão. Portanto, a discussão sobre clínica e política acaba subsumida por

³¹Portaria GM nº 748 / 2006

³²Portaria nº GM nº 1.954 / 2008

essa questão fundamental. Ora, a inclusão social é matéria da política. A inclusão social é essencialmente um horizonte político a ser perseguido, num país desigual, estruturalmente desigual. E se essa clínica é da inclusão social, e se ela existe em um território e no plano da política pública, da saúde pública, essa clínica faz parte, necessariamente, de uma política.

Quanto aos programas de inclusão social, cria-se uma linha específica de financiamento para equipar iniciativas de geração de trabalho e renda e/ou para capacitar usuários, familiares e profissionais da saúde mental³³. Isso acontece ainda muito timidamente para uma proposta de reforma psiquiátrica, que a duras penas busca uma sociedade sem hospitais psiquiátricos, entendendo que ir além do aniquilamento da figura do hospital psiquiátrico é elemento primordial para a reinserção social. Para tal, pressupõe-se que deva haver investimento maciço num processo de mudança, que pode iniciar por proposta de inclusão do sujeito nos serviços assistenciais e prosseguir através do protagonismo do mesmo.

Quanto aos serviços de atenção à infância e adolescência, diante das dificuldades objetivas na expansão dos centros de atenção psicossocial para crianças e adolescentes – CAPSi, cujo número ainda se apresentava muito aquém das exigências de acesso e equidade, surge o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até 2004³⁴. Também é constituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infância-Juvenil, com a finalidade de construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida a este segmento³⁵. Pensar estratégias para atenção psicossocial já na infância é pressuposto para um caminho da não institucionalização. Avaliações precoces, cuidados na fase do desenvolvimento e articulações intersetoriais, principalmente com a política de educação, promovem o cuidado psicossocial numa perspectiva inclusiva. Se as políticas previrem formas da não retirada dos sujeitos de seus meios de convívio social, futuramente não precisarão pensar estratégias de reinserção.

Destaca-se nesse período a realização em 2010 da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que incorporou em seu temário e perfil dos participantes

³³Portaria GM nº 1.169 / 2005

³⁴Portaria GM nº 1.947 / 2003

³⁵PortariaGM nº 1608/ 2004

os desafios da intersectorialidade, trazendo para a Política Nacional de Saúde Mental, de modo definitivo e mais pragmático, o componente da parceria e articulação com outras políticas públicas.

Intensifica-se o debate sobre diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e a efetiva resposta de organização de uma rede de cuidados. E essa questão não está descolada de um aspecto conjuntural maior que consiste nas consequências da influência do neoliberalismo através da consolidação do processo de rearticulação da hegemonia burguesa, subordinando à reforma do Estado às políticas dominantes de estabilização e ajuste econômico. As decisões em política social são submetidas às formulações da área econômica, atreladas às políticas supranacionais. Segundo Medeiros (2005) a política de saúde formulada e implementada rege-se por uma agenda restritiva, na qual os princípios de eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos sobrepõem-se à universalização e equidade. O alinhamento aos programas de ajuste econômico se expressa na contenção da demanda pela redução dos gastos públicos e na realocação de recursos visando gerar superávits na balança comercial.

É tensa a discussão sobre os cuidados com as drogas e mais especificamente com o crack, intensificando a pressão por uma rede de cuidados que mantenha serviços fechados, de internamento compulsório e involuntário e com características asilares, acenando, portanto com a volta de propostas similares ao movimento de Higiene Mental, tendo como fundamento implícitos, defendido como pretenso “caráter humanitário” os interesses econômicos e políticos ligados à especulação imobiliária, ao lobby de clínicas particulares, a preparação do Brasil para sediar grandes eventos internacionais.

Os altos índices no país do uso do crack, principalmente nos grandes centros urbanos, começa a ser considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, com alta visibilidade social de forma midiática, o problema começa a contar com a intervenção de organizações não governamentais e instituições religiosas.

O uso frequente do crack cria dependência muito rapidamente, reduzindo as possibilidades do indivíduo manter suas atividades diárias, ocasionando níveis elevadíssimos de deterioração psíquica e cognitiva, fragilizando os vínculos sociais e familiares principalmente entre idosos, crianças e adolescentes.

A situação começa a se agravar do ponto de vista social quando em busca do uso frequente alguns usuários acabam gravitando em torno de aglomerações urbanas classificadas pela mídia de “cracolândias” e em muitas periferias, assentamentos subnormais, grotas e comunidades ou ainda abandonando suas moradias e vivendo nas ruas, onde a droga circula facilmente e está disponível a venda ilícitamente, o uso do crack esta presente em todas as classes sociais, porém, conseguem ser acessível a contingente mais pobre e vulnerável da sociedade por ser considerado de baixo custo, devido o rápido grau de dependência e fissura pela droga muitas vezes o usuário que não tem dinheiro para comprar a droga, seja porque está fora do mercado de trabalho, seja porque não consegue desenvolver suas atividades profissionais ou por outros motivos, procura sustentar o uso através deserviços prestado ao tráfico, ou por pequenos delitos, ou vendendo seus bens e os bens da família, ou ainda através da prostituição para consumo do crack.

Diante da demanda de familiares que não conseguem sozinhos encontrar soluções para busca dos problemas como os relacionado no paragrafo anterior, a justiça brasileira vem exercendo um exaustivo processo de judicialização dos encaminhamentos de casos de uso abusivo da droga, entre elas o crack, esses despachos de juízes, na maioria das vezes, obrigam a internação compulsória. Ocorre dai uma tensão na rede de serviços públicos existentes, que não possui oferta de serviços suficiente e prima pelo ingresso voluntário dos usuários nessa rede. A perspectiva desses serviços levaem considerações as determinações que dizem respeito ao modo como o indivíduo se relaciona com a droga, ao contexto sociocultural desse uso, a possibilidade da redução de danos, a possibilidade de abstinência negociada e gradual segundo a vontade dos usuários e o reconhecimentos dos danos causados a vida deles, bem como a contratualização com os indivíduos de uma forma continua e permanente dos encaminhamentos em busca da solução do seu sofrimento diante do uso do crack, e principalmente o tratamento em ambientes abertos, comunitários que envolvam a comunidade, o território do usuário e sua família no plano do direito e do convívio social na busca dos encaminhamentos para lidar com o sofrimento em questão.

O fenômeno do uso de drogas é histórico e complexo e não é aqui o objeto de questão estudado e aprofundado, queremos apenas pontuar de forma breve que em relação ao objeto de estudo aqui tratado depende de respostas das

várias políticas sociais, e não de um só modelo que se baseia na institucionalização através do isolamento, encarceramento do usuário e na abstinência do usuário. Esta tendência se relaciona com a volta da perspectiva asilar, através de clínicas de dependência química e comunidades terapêuticas que possuem semelhanças com modelos já repensados historicamente porque não tiveram para o transtorno mental respostas terapêuticas eficazes, já demonstradas neste trabalho como modelos ultrapassados sem respostas positivas e que geraram uma enorme dívida social com a quantidade de usuários confinados e abandonados em hospitais com graves comprometimentos de trocas sociais.

Além disso, a internação compulsória vem atender interesses econômicos e políticos do capital que precisam ser aprofundados, uma vez que assume caráter higienista, porque se volta somente para os usuários de crack em situação de rua nas chamadas “cracolândias”, que em sua maioria são territórios de especulação imobiliária, de mobilidade urbana, e projetos ligados a entrada de capital estrangeiro no país. Sob a forma de “humanitária”, esse modelo, apresenta graves casos de violação de direitos e isso é que precisa ser discutido e aprofundado pela sociedade. Essa violação pode ser exemplificada quando o usuário de drogas perde sua autonomia para decidir sobre a forma que será tratado, é imposto para ele um modelo único de tratamento.

Além dos desafios no campo da medicina e da psicologia entendo que o crack aponta para um desafio também de ordem social e econômica, de fundo possui interesse de natureza mercadológica de altíssimos lucros e se apresenta na sociedade, numa conjuntura neoliberal, como elemento novo dentro de uma lógica de uma sociedade capitalista que apresenta um cenário com uma realidade bastante desigual, precarizada e excludente e termina se evidenciando como uma das formas contemporânea da barbárie.

Como consequência de um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de governo para promover inovações nos processos de gestão – o Pacto de Gestão –, são realocados recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) tais recursos são destinados ao pagamento dos procedimentos cobrados pelos CAPS para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, os procedimentos dos CAPS que eram financiados pelo FAEC desde 2002 e eram “extra-teto”, tornam-se agora financiados

pelos recursos realocados e transferidos, fundo a fundo, para o teto financeiro dos municípios³⁶.

Em 2009 é instituído o PEAD 2009-2010, definindo diretrizes gerais, ações e metas. O PEAD é um plano que prioriza a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. O plano busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas³⁷.

Em 2010 é instiuido o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)³⁸, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. O Plano tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

O Brasil termina o ano de 2010 com 1620 CAPS implantados (BRASIL, 2011). O que em número de CAPS é muito bom, porém ainda não suficientes na perspectiva de Rede de Atenção Psicossocial, necessitando de outros pontos de atenção importantes para os processos de desinstitucionalização.

Antes de finalizar esta periodização, é necessário demarcar alguns aspectos sobre o movimento da luta antimanicomial, que chega aos 2000 fraturado em dois movimentos diferentes Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e o outro, Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Ambos se articulam em forma de redes com projeção nacional (GOULART, 2007, p. 31).

De acordo com relatório da RENILA-Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (2007), durante o Congresso de Bauru de 1987, nasceu a palavra de ordem que nomeia o movimento como um novo coletivo: “Por uma sociedade sem manicômios”. Desde seu primeiro encontro realizado em 1993, em Salvador, várias divergências políticas foram surgindo. O movimento foi organizado

³⁶Portaria nº 2.867 de 27 de novembro de 2008

³⁷Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009

³⁸Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010

de forma que propiciasse a sistematização e a difusão das ações, sem prejuízo do caráter plural, democrático e solidário. A cada evento que se realizava, ia se tornando cada vez mais evidente uma crise no interior do movimento, denotando divergências políticas não explicitadas. Por iniciativa de alguns poucos, os fóruns organizativos nacionais passaram a reproduzir a violência das relações vigentes nas instituições manicomiais que a militância combate.

A partir de 2002, um conjunto de pessoas de vários estados, após inúmeras discussões, entendeu que os fóruns organizativos do movimento nacional da luta antimanicomial já não conseguiam encontrar formas democráticas de convívio e acordo político, eretiraram-se deste espaço organizativo (Relatório, 2007).

Em 07 de dezembro de 2003, representantes de quinze núcleos da luta antimanicomial reuniram-se em Brasília e fundaram a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Atualmente são vinte núcleos em doze estados e Distrito Federal filiados à Rede.

A rede internúcleo promoveu em 2006 um encontro, nos dias 13 a 16 de julho, em Belo Horizonte, com o tema “A Reforma Psiquiátrica que Queremos – Por uma Clínica Antimanicomial, que gerou em 2007 um caderno de publicação das conferências e das mesas redondas. Silva (2007) coloca como necessário ao movimento antimanicomial assumir a dimensão da prática profissional, exercitar a crítica, estabelecer estratégias e pensar as táticas necessárias. Convoca os participantes a pensar sobre a organização do movimento, as formas de luta e a eficiência da capacidade do movimento de produzir a política. Coloca a clínica como uma clínica política em todos os sentidos. Defende a ideia de que não basta humanizar os hospitais psiquiátricos, não basta desospitalizar, porque “Não queremos só comida! Queremos diversão e arte!”. Coloca que não basta que os hospitais psiquiátricos ou leitos em hospitais gerais sejam mais assépticos. Defende que os “loucos” possam vir para a cena, para a condição de sócios da sociedade. Afirma ser essa a ideologia antimanicomial, que não se satisfaz com Reforma Psiquiátrica tomada como mera desospitalização, ou pela simples organização de alguns dispositivos humanitários que mediam, mais ou menos, a relação entre esses sócios agora admitidos como sócios. Seriam uma espécie de sócios de segunda categoria, para serem loucos bastante normalizados, nos aparelhos constituídos para a normalização e para a estabilização. Concordamos com Scarcelli (2011,

p.23), quando diz: “A questão antimanicomial e os princípios que a fundamentam estão para além do hospício” .

As propostas de desinstitucionalizar e reinserir são ideais perseguidos pelos seguidores e militantes da reforma neste período, porém o que se percebe, analisando a legislação e sua aplicabilidade pelos municípios e Estados, é que na realidade vão se configurar novas bases para institucionalização. Embora o movimento tenha conseguido evitar a construção de novos hospitais psiquiátricos, reduzir leitos e fechar alguns hospitais, a ideia de uma sociedade brasileira sem manicômio começa a se distanciar no cotidiano da expansão das redes de assistência em saúde mental.

2.2 O debate sobre desinstitucionalização e saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira

Neste estudo sobre desinstitucionalização e saúde mental, foi possível apreender o debate sobre esse tema entre os autores que influenciaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, com destaque para Basaglia, Rotelli, Saraceno e Desviat. Inicialmente apresentaremos as abordagens desses autores sobre desinstitucionalização. Posteriormente, destacaremos algumas temáticas que se relacionam ao tema de estudo que foram identificadas na produção brasileira e na documentação da política de saúde mental, a saber: reinserção social, trocas sociais e intersectorialidade, território, trabalho e geração de renda, rede de atenção à saúde.

Desinstitucionalização

Sobre o conceito de desinstitucionalização, iniciaremos com o resgate feito por Amarante (1995), que destaca na literatura norte-americana o uso do termo desinstitucionalização, no âmbito das práticas preventivistas, 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.).

Resgatamos a análise de Rotelli (1994) sobre a tendência dominante em restringir desinstitucionalização ao processo de desospitalização, no qual podam-se as instituições psiquiátricas, porque são evidentemente escandalosas, sem se modificar a psiquiatria. A desinstitucionalização foi realizada

praticamente como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos e, em alguns casos, embora não frequentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001, p.19).

Observamos que, no debate sobre o tema, a abordagem sobre a desinstitucionalização é mais abrangente, pois é colocada como um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente, são transformados os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas), para transformar o seu sofrimento. A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto. O que é, portanto, nesse sentido, “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referências e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto, ao invés de ser “a doença”, torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001, p.91).

A questão crucial da desinstitucionalização não é de caráter técnico-administrativo: trata-se do que poderíamos designar como a progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e seus conflitos. A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores, e do qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental. A reversão de tal tendência implica na subversão de um conceito amplo e longamente difundido pela própria psiquiatria. *Não aceitar a delegação*, como recomendava Basaglia, significa estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida, onde o psiquiatra, que agora passa a recusar-se a acolher passivamente o paciente/desviante, tem que construir um novo papel para si próprio (DELGADO, 2001, p.185).

Destacamos alguns aspectos importantes que vêm se fortalecendo no Brasil ao longo das três últimas décadas, com a perspectiva do fim do manicômio para fortalecer o processo de desinstitucionalização. O primeiro trata-se

da construção de uma nova política de saúde mental através da mobilização e participação de usuários, familiares e profissionais. O segundo refere-se à centralização do trabalho terapêutico no objetivo de fortalecer usuários para que sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. O grande desafio é tornar externos os espaços para os intercâmbios sociais, e investir na reconstrução das relações sociais, mesmo diante dos limites e dificuldades postas pelo modo de produção capitalista e pela fragilização das políticas públicas no contexto neoliberal. O terceiro seria a construção de estruturas externas que sejam substitutivas da internação no manicômio, levando em consideração as especificidades de cada caso e principalmente a singularidade dos usuários. E, por fim, a desconstrução interna do manicômio nos recursos humanos e nos gestores, para que possam efetivamente viabilizar processos de desinstitucionalização.

Acreditamos que tais aspectos representam a possibilidade de eliminar a internação do conjunto das estruturas e competências psiquiátricas, ou, mais precisamente, podemos dizer que através deste percurso a desinstitucionalização suprime a internação. A desinstitucionalização transforma as necessidades dos doentes, dos operadores e da comunidade, às quais a internação correspondia, construindo respostas inteiramente substitutivas.

Porém, é preciso ponderar que, ao sair dos muros dos manicômios, estas pessoas encontrarão novos muros e novas barreiras, próprios do sistema capitalista, que é por natureza excludente. Não se pode pretender que, mantida a ordem da sociedade capitalista, haja possibilidade de construção de uma sociedade realmente igualitária. No máximo, pode-se lutar e desejar que os princípios dessa proposta de desinstitucionalização dentro da reforma psiquiátrica, com todas as suas limitações, protejam e proporcionem, para usuários de longa permanência em manicômios, cidadania, universalização de direitos e melhorias gradativas. Desinstitucionalizar significou, para os italianos, lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados também a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada e a um saber-poder de seu lugar na hierarquia institucional (BARROS, 1994). Embora fortemente influenciados pelos italianos, para os brasileiros a proposta de desinstitucionalizar está relacionada a um horizonte reformista, num país em condições completamente diversas das italianas no período da reforma. Vivenciamos atualmente grande

ebulição social, às voltas com questões tais como: aumento de privatização de serviços públicos, aumento do desemprego, do subemprego e do emprego informal, aumento da precarização do trabalho, supressão de direitos já conquistados, corte dos gastos públicos, agravamento dos problemas sociais nas áreas da saúde, educação, transporte, alimentação, moradia, saneamento, segurança, urbanização, cultura e lazer.

Concordamos que, do ponto de vista terapêutico, em se tratando de desinstitucionalização, o trabalho seja voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Comungamos com a ideia de Rotelli, Leonardis, Mauri (2001) de que tratar signifique ocupar-se aqui e agora, para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente, e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana. No entanto, ressaltamos que, dentro de uma sociedade capitalista, entendemos que a perspectiva de uma reforma pontual não é o suficiente para uma mudança estrutural. É importante que se comece a pensar o problema dos manicômios ainda existentes em seu interior, seus problemas específicos, a conjuntura social e política que neles estão inseridos e a complexidade que envolve a superação dos manicômios ainda no modelo de sociedade capitalista e a superação do modelo de sociedade capitalista por completo. Rotelli (1994) considera que as comunidades terapêuticas foram importantes experiências de modificação dentro do hospital, porém elas não conseguiram colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico.

Para Barros (1994), um passo importante para a desinstitucionalização foi o reconhecimento da incapacidade da psiquiatria em fornecer conhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura. A psiquiatria, mesmo reformada, continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz e segrega, no plano da teoria, permanecendo desconectada da realidade concreta das pessoas definidas como doentes.

Para Foucault, tudo é questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de "ortopedia". Ora, é precisamente a

instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismo destas relações de poder que a antipsiquiatria ataca. Sob as justificações de um internamento que permitiria, num lugar purificado, constatar o que se passa e intervir onde, quando e como se deve, ela faz aparecer as relações de dominação próprias à relação institucional. A pessoa, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo.

Segundo Foucault (2006, p.7), no asilo como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens etc. É nesse sistema de diferença que será preciso analisar que o poder pode se por em funcionamento. Para Foucault (2006, p. 28), o poder disciplinar é um poder discreto, repartido; é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce.

Para Basaglia (1985), em todas as instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho é clara a divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. A partir dessa constatação, pode-se ainda deduzir que a subdivisão das funções na relação de opressão e de violência entre poder e não-poder se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.

Os graus de aplicação da violência oriunda do processo de institucionalização dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-las. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar até a carcerária e a manicomial. Tais instituições podem ser definidas como instituições de violência (BASAGLIA, 1985, p.101).

A situação – a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental – se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas. Isto significa que não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes é o sistema socioeconômico que determina as modalidades adotadas a níveis diversos (BASAGLIA, 1985, p.105).

Basaglia (1985) demonstra que o problema não é a doença (qual é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente determinar qual o tipo de relação que se instaura com o doente. Pois ela assume sempre um significado estigmatizante, que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita na maneira como sua doença fora vivenciada anteriormente. Segundo o autor, estes doentes, devido exatamente ao fato de serem socioeconomicamente insignificantes, “são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital”.

Assim, se o primeiro momento desta ação de transformação pode ser emocional (no sentido em que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo só pode ser a tomada de consciência de seu caráter político, significando que qualquer ação que se desenvolva no contato com o doente continua oscilando entre a aceitação passiva e o rechaço da violência sobre a qual se funda nosso sistema sócio-político. O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara (BASAGLIA, 1985, p113).

A dialética só existe quando existem escolhas. Se o doente não tem escolhas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não se pode opor deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, onde não existem nem contradições nem dialética (BASAGLIA, 1985, p119).

Concordamos com Goffman (1961, p.17) que uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tente dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das *instituições totais* pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, lá todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras

peças, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. Os CAPS precisam ficar atentos a essas questões e ter muito cuidado para não reproduzirem essa lógica perversa, com suas “grades” de atividades, suas refeições e esquemas de segurança.

Isto posto, evidencia-se que os desafios impostos à reforma psiquiátrica brasileira não se refere apenas a retirar os usuários de longa internação em hospitais psiquiátricos escandalosamente precários e inseri-los em outros dispositivos de assistência. Há de se ficar atento para que esses dispositivos não tenham características de instituições totais. E mais ainda, alertar para o fato de que, no caso brasileiro, existe previsão de outras instituições que não possuem características de instituições totais, mas exercem mecanismos de poder e controle inerentes a todas as instituições.

Reinserção social

Para avançarmos no conceito de reinserção social no campo da atenção psicossocial, é necessário delimitar o campo passível de intervenção para tal, o que se apresenta como demanda dentro dos limites do sistema capitalista.

Considerando importante a análise de Basaglia (2005, p.47) de que somente remontando à exclusão e ao isolamento que a sociedade impôs ao chamado doente mental podemos compreender o que resta – no processo de isolamento – da doença mental original e o que é atribuível ao lento processo de destruição operado pela sua internação. Porque foi, dentro dos muros do manicômio, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência. Frente ao problema do doente mental, ela o solucionou negativamente, excluindo-o do contexto social e, portanto, de sua própria humanidade. Experimentando a ininteligibilidade do fenômeno psicopatológico como uma monstruosidade sociobiológica, o doente sempre foi duplamente excluído: 1) ao ser considerado uma entidade incompreensível, que a ciência, para não ser obrigada a reconhecer a própria

impotência, deve negar, mediante uma abordagem fantasmática, como doença e 2) ao ser socialmente excluído, justamente com base na ininteligibilidade, cientificamente reconhecida, do seu mundo enfermo.

O trato da reinserção social na perspectiva de tratar os usuários como sujeitos de direitos e resgatar a cidadania perdida parece também ser uma tendência (BASAGLIA, 2005, p.47).

A reinserção social, sob o ponto de vista das classes sociais e da hegemonia das classes dominantes, é outra tendência que aparece com potencialidade para ser problematizada e considerada (BASAGLIA, 2005, p.103).

No campo da atenção psicossocial com a reforma psiquiátrica, a reinserção social enfrenta um grande desafio, que consiste em tratar as pessoas dentro de seu contexto social. “Não podendo mais excluir o doente mental como "problema"... tenta-se agora integrá-lo de fato nessa mesma sociedade – com todos os medos e preconceitos que, frente a eles, sempre a caracterizaram” (BASAGLIA, 2005, p.121).

Entretanto, se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social. Isso ocorrerá inevitavelmente se não for acompanhada de um movimento estrutural de base, que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para a sua reintegração, acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos (BASAGLIA, 1985, p116).

O núcleo primitivo basagliano se mantém em Trieste, em torno de Rotelli e Del'Acqua, onde se desenvolveu uma ampla rede de serviços, com atenção especial para o atendimento à cronicidade, tanto no espaço de acolhida como na

reabilitação por meio do trabalho. A proposta socio sanitária dos centros de saúde mental triestinos, abertos 24 horas por dia e encarregados dos serviços médicos ambulatoriais, hospitalização breve, centros de tratamento-dia, hospital noturno, alimentação e serviços de assistência social, criou as possibilidades de fechamento dos hospitais psiquiátricos sem que houvesse um abandono da ação crônica. Entretanto, a Empresa Social de Trieste, com suas cooperativas de pacientes, forneceu resposta a um dos grandes problemas da inserção social, do atendimento à cronicidade psiquiátrica, convertendo-se num dos grandes sucessos da experiência italiana. Ela representou o salto radical da benemerência para o mundo do trabalho normalizado, ainda que protegido.

Trata-se de mobilizar as energias, mesmo residuais ou mínimas, por meio de alianças que desloquem os recursos imobilizados do setor público, os recursos retirados pelo setor público, para uma empresa social (DESVIAT, 1999, p.47).

Uma empresa social significa "um saber complexo, que deve permitir a construção de um campo de solidariedade, de promoção de uma produtividade, para quem estava excluído" (DIAS BARROS, 1994:104, apud DESVIAT, 1999). É preciso, de acordo com Rotelli, criar campos de intercâmbio entre as partes mais empobrecidas e as mais ricas da sociedade (seja em termos culturais, sociais ou econômicos), construindo um novo pacto social, uma nova ética em cujo espaço seja possível reciclar tudo que seria desprezado na lógica de uma ordem excludente. Trata-se de modificar substancialmente a lógica assistencialista, a falta de autonomia e a dependência da prestação habitual de serviços sociais (DESVIAT, 1999, p.47).

Nosso sistema social, longe de ser um regime econômico de pleno emprego, não tem nenhum interesse em reabilitar o doente mental, que não poderia ser recebido por uma sociedade que nem sequer resolveu plenamente o problema do trabalho de seus membros sãos (BASAGLIA, 1985, p118).

Em Trieste, quando Basaglia começou a trabalhar, havia 1.200 pacientes. Na época, como nos recordam Pitucco e Rotelli no citado artigo, pôs-se em funcionamento a Cooperativa LavoratoriUniti [Trabalhadores Unidos], para transformar os trabalhos não remunerados dos pacientes, dentro do hospital psiquiátrico, numa relação contratual entre a sociedade cooperativa e a administração hospitalar. Atualmente, o hospital psiquiátrico foi substituído por sete centros de saúde mental, uma unidade de emergências no hospital geral e dezenas

de casas espalhadas pela cidade. Em setembro de 1993, as sociedades cooperativas do consórcio tinham 200 membros/empregados, metade deles problemáticos para fins de cooperação social: pacientes mentais, viciados em drogas, ex-presidiários. Além disso, 100 pessoas procedentes de áreas de marginalização social contavam com estágios de formação profissional nas referidas empresas (essas 300 pessoas representam 0,3% de todo o mercado de trabalho de Trieste) (DESVIAT, 1999, p.48).

Os pacientes com uma doença mental de duração longa podem viver com sucesso e com maior satisfação na comunidade, de forma melhor do que nos hospitais (BAKER e DOUGLAS, 1990; KIESLER e SIBULKIN, 1987 apud SARACENO, 2001, p.121). As considerações de natureza econômica acerca do possível maior custo das soluções habitacionais comunitárias devem passar para segundo plano, considerados os evidentes benefícios do modelo comunitário em relação ao hospitalar (ANDREWS e ICZKOWSKI, 1990; ELLIOT et al., 1990, apud SARACENO, 2001, p.121). “A amplitude da tarefa antimanicomial, a de ‘incluir’ o louco na cidade, transcende o âmbito restrito da reforma psiquiátrica. Os problemas que se colocam nesta tarefa nos encaminham a indagar sobre o que entende por reinserção social em uma cidade que tenta se fechar cada vez mais em espaços homogêneos e excludentes” (SCARCELLI, 2011, p.72).

É essencial garantir aos usuários de qualquer tipo de residência um suporte constante e intenso, seja domiciliar, seja através dos serviços sócio-sanitários existentes na área (TEST e SCOTT, 1990; HOULT, 1990; MECHANIC e AIKEN, 1987 apud SARACENO, 2001). É essencial também desenvolver uma política de interação com a comunidade vizinha às residências onde moram os pacientes psiquiátricos, com o objetivo de aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade (BALUKAS e BAKEN, 1985; ALISKY ICZKOWSKI, 1990; BUTTERFIELD, 1983, apud SARACENO, 2001). Por fim, e tão importante quanto, é essencial manter uma relação com as famílias, com afinidade de co-envolvê-las na experiência de vida autônoma do usuário (FALLOON e col., 1982, apud SARACENO, 2001, p.122).

As questões de ordem técnicas, operacionais e políticas das práticas relacionadas à reinserção social das pessoas com histórico de longos e interruptos internamentos em hospitais psiquiátricos constituem um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica.

Não basta, portanto, no debate de reinserção social, buscar vencer apenas as barreiras da aceitação da diferença. A discussão sobre reinserção social frequentemente inclui questões bem mais amplas no âmbito das relações sociais, e para isso é necessário ampliar os horizontes para além da assistência, entendendo os limites da sociedade capitalista, porém vislumbrando um modelo societário diferente, com transformações profundas sobretudo do modo de produção econômico.

A liberdade, afirma Basaglia (2005), “é o que permite ao homem a busca de si mesmo, a reconquista da própria individualidade. Para o doente, a perda da liberdade que está na base da sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ela é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam”.

A grande carência que talvez tenha sido organizada pela disciplina asilar é simplesmente a carência de liberdade, diz Foucault (2006, p.193).

A teoria e a práxis da desinstitucionalização consistem em substancial inversão: o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação. Podemos definir criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais afetivas como o tecido de uma "rede de negociação". Isto é, redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade. Poder-se-ia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar físico e social da troca das mercadorias) precede e determina, em uma comunidade, a possibilidade das relações entre os seus membros (SARACENO, 2001, p.112).

O que interessa, em particular, valorizar, com respeito à desinstitucionalização, é sua função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição. Mais precisamente, é a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social (SARACENO, 2001, p.133).

Trocas sociais / Intersetorialidade

A importância do conceito de *Trocas sociais / Intersetorialidade* para a discussão da Reinserção social e da desinstitucionalização em saúde mental está estampado no tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. A intersectorialidade deve deixar marcas para além desta Conferência, tornando-se um marco para redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental. Após a IV CNSMI, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais.

Alianças intersectoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças. Colegiados e eventos em todos os níveis de gestão não fazem mais sentido sem a participação dos parceiros intersectoriais. Apoio matricial e sistema de referência e contrarreferência não podem mais ser pensados fora da intersectorialidade.

A demanda de plano intersectorial se impõe à desinstitucionalização de pessoas internadas em dispositivos de longa permanência: hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, hospitais psiquiátricos em indicação de descredenciamento, serviços de acolhimento institucional do Serviço Social construindo estratégias para o seu retorno à família, ou garantindo a sua inserção em Programas de Moradia, destinando recursos à criação de programa de bolsas para aqueles que não tenham direito ao Programa de Volta para Casa e/ou Benefício de Prestação Continuada.

O conceito de intersectorialidade também vai se relacionar com a desinstitucionalização e reinserção social para os usuários de longa permanência em hospital psiquiátrico, na demanda de realização de censo dos usuários em dispositivos de longa permanência, como hospitais psiquiátricos, abrigos da Assistência Social e hospitais de custódia. A partir do levantamento censitário, é preciso definir, em órgão colegiado, um cronograma de desinstitucionalização dos mesmos, com conseqüente fechamento dos leitos, uma rede substitutiva capaz de acolher essas pessoas, bem como um banco de dados para facilitar o enquadramento no Programa de Volta para Casa e no Benefício de Prestação Continuada. Essa demanda aparece como proposta de conferência.

Segundo Barros (2008, p 129), o Estado de São Paulo realizou em 2008 um censo psicossocial dos moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado, com vistas a um diagnóstico situacional para intervenção junto a essas pessoas. Nas recomendações deste censo, encontra-se a articulação, em âmbitos estadual e municipal, com políticas públicas e com os projetos da sociedade civil que atuam no campo da educação e da cultura. Esse contato visa a construção de proposições que objetivem a inclusão de pessoas com transtornos mentais em projetos de alfabetização, assim como a criação e /ou fortalecimento de projetos culturais inclusivos. O censo recomendou também articulação com as políticas públicas de atenção à infância e juventude para a estratégia de desinstitucionalização e, sobretudo, de proposições que visem à concretização das redes locais de atenção psicossocial e de projetos intersetoriais – saúde, educação, cultura, desenvolvimento social – que superem as formas de institucionalização. Também recomendam a compreensão dos serviços residenciais terapêuticos como moradias e não como espaço sanitário, espaços que possibilitem as trocas sociais.

A intersetorialidade também é entendida como estratégia em relação à questão da moradia em substituição do hospital. Aponta-se como necessário que a reforma psiquiátrica brasileira amplie ofertas de dispositivos de moradia, tais como serviços residenciais terapêuticos, pensões protegidas, moradias assistidas, casas populares, casas de apoio etc. Essa oferta se destina a oferecer suporte às pessoas em situação de rua com transtornos mentais, dentro de uma perspectiva intersetorial que envolva projetos habitacionais, de justiça, direitos humanos e assistenciais, articulados com o Programa de Volta para Casa e programas de geração de renda.

Na estratégia de desinstitucionalização é importante o dispositivo intitulado Centro de Convivência, embora no presente estudo não se identifique, nas normatizações, leis e portarias, incentivo financeiro para tal serviço. Os Centros de Convivência comunitários e de cultura são espaços abertos com parceria intersetorial, que efetivam a utilização de recursos territoriais. Exemplos desses recursos seriam os parques, centros esportivos e associações comunitárias para realização de programas, oficinas e projetos ligados à educação, cultura, esporte e lazer, cidadania, preservação ambiental e empreendimentos econômicos solidários. Tais iniciativas são fundamentais na reinserção social, pois eles proporcionam as trocas sociais entre as diversas pessoas, independente da situação de saúde que se

encontram, dificultando os estigmas e atuando na perspectiva também de promoção e prevenção á saúde.

Território

O território é também por um elemento importante de discussão neste debate, pois o território pode ser também desamparo. O território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto. Ele está fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas quais somos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência. O território é, ao mesmo tempo, aproveitando a lembrança inevitável de Guimarães Rosa, o território... “é o mundo”. Se o território é o mundo, se o território é o sertão, ele tem de ser apropriado permanentemente. Esta apropriação é a clínica. Esta apropriação não se dá como uma condição para a clínica. Ela é a clínica mesma. Porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura (Delgado, 2007, p.61).

Sendo assim, acho que, também na descrição do território, é preciso incluir a dimensão política: esta é uma clínica da Saúde Mental, que se dá no campo da política pública, no campo da Saúde Pública, e isso traz consequências para a sua construção. Além de ser uma clínica do território é, também, clínica do dia-a-dia, do cotidiano (Delgado, 2007, p. 61).

Concordamos com Carvalho et. al. (2011) que, ao discutir o aperfeiçoamento das Redes da Atenção à Saúde, defende que território não é a mera repartição geográfica de uma região, um recorte territorial, mas um espaço de interação de sujeitos sociais, sendo, portanto, também cultural, social e político.

Trabalho e Geração de Renda

A reforma psiquiátrica brasileira ainda carece dar a devida atenção a uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais. Tal prerrogativa é

fundamental no debate da desinstitucionalização e reinserção social na sociedade capitalista.

Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade. Esses programas são capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais (BRASIL, 2010, p.111).

O campo da saúde mental vem, ao longo da reforma brasileira, se articulando com a Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social, como alternativa para atuar na questão do trabalho e renda.

Tal perspectiva se baseia na centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando-os a formar associações que produzam a participação em eventos sócio-culturais baseados nestes princípios: a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de sua autonomia e autoestima, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares.

A IV CNSMI Brasil (2010, p.111) vai apontar a necessidade da criação de linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados, bem como implementar incentivos para que as empresas viabilizem esta inclusão no mercado formal de trabalho e assegurem os respectivos direitos trabalhistas e benefícios sociais. Também é necessário potencializar e ampliar programas já existentes, como o Programa Primeiro Emprego, os vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

Em paralelo, esta perspectiva implica também em garantir, através do fomento e desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho de todo este conjunto dos usuários da rede de saúde mental. Para isso, é lembrada a importância das parcerias com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro

de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho.

Da parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, surge a política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, estabelecendo as diretrizes para o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho. Ao final de 2010, foram identificadas 640 iniciativas de geração de renda para pessoas com transtorno mental.

Redes de Atenção à Saúde

É preciso pontuar por último, de forma intencional, o conceito de Redes de Atenção à Saúde. Intencionalmente, não pelo nível de relevância, mas porque, embora este conceito esteja em alta, sua concepção já estava contida nas entrelinhas da Declaração de Caracas e seu fundamento, de certa maneira, na Declaração de Alma-Ata³⁹. Criou forma a partir da Lei de nº 8.080 em 1990, expressa na concepção do Sistema Único de Saúde, ganhando contornos mais definidos com o decreto de nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Esse decreto de nº 7.508 define Rede de Atenção à Saúde como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Para Carvalho et al (2011), consiste na representação de uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

Para Mendes (2011), a organização das Redes de Atenção à Saúde, para ser efetiva, eficiente e ter qualidade, deve estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade

³⁹Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção.

O ente de governança das Redes de Atenção à Saúde deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação. Um primeiro instrumento gerencial, fundamental para a governança das Redes de Atenção à Saúde, é o processo de territorialização que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDRs). Quanto ao planejamento estratégico, destaca-se sua importância na institucionalização das Redes de Atenção à Saúde que têm, como característica implícita, a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns. Isso envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados, possibilitando ainda aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos (MENDES, 2011, p.176).

Essa tendência visa a garantia de direitos sociais e de atendimento público e gratuito de forma regionalizada e integral.

É nesse sentido que atenção psicossocial é concebida com uma das áreas que deverá estruturar uma rede de ações e serviços para não reforçar seu histórico de exclusão e fragmentação de atenção à saúde.

Assim o governo federal cria, em 23 de dezembro de 2011, normatização para instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, bem como promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e por fim garantir a articulação e integração desses pontos às redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

O componente responsável por estratégias de desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e

o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos – que são pontos de atenção desse componente – são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros, e seriam uma dessas estratégias substitutivas.

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente. No entanto, estas regiões de saúde têm o dever de priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Na perspectiva de desinstitucionalização e reinserção social, a estratégia do Programa de Volta para Casa como uma política pública de inclusão social visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei 10.708/2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. A tendência é que esse papel de articulador passe para a Atenção Básica, agregando a experiência e a parceria dos CAPS. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais. O ano de 2011 termina com 1742 CAPS implantados no país, sendo 822 tipo CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 149 CAPSi e 272 CAPSad e 05 CAPSad III, com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, abrigando o total de 3470 moradores e com 154 SRTs em fase de implantação. Existiam ainda noventa e dois

consultórios de rua⁴⁰ implantados e em implantação, 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos, 3910 leitos de psiquiatria em hospital geral, distribuídos em 646 hospitais por todo país e 3921 usuários inseridos no programa de volta pra casa.

Apreendemos que o conceito de desinstitucionalização está diretamente relacionado ao processo de questionamento e crítica ao aparato manicomial, que se inicia no capitalismo concorrencial e se consolida no capitalismo monopolista e na contemporaneidade se tensiona com a expressão das contradições deste processo. Esse conceito impõe um outro olhar de toda a estrutura, conceitos, valores e normas estabelecidas com relação à loucura e sua institucionalização na sociedade, bem como seu processo de exclusão.

⁴⁰ Em 2012, consultório de rua passará a ser denominado consultório na rua

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da reforma psiquiátrica brasileira demonstra que o processo de reformulação de uma política e dos conceitos que ela incorpora absorvem as características dos contextos em que ela se desenvolve. O estudo bibliográfico e documental da história da reforma psiquiátrica brasileira demonstra que, embora existam aspectos eventualmente problemáticos, a referida reforma é um processo positivo, expresso na legislação, nos relatórios das Conferências, nas portarias ministeriais, porém limitado pela influência do contexto econômico, através das imposições do modo de produção capitalista.

Resgatamos historicamente o processo de institucionalização da saúde mental, destacando-se as particularidades do capitalismo concorrencial e do capitalismo monopolista, até o período de crise contemporânea. Tal abordagem possibilitou as bases para entender a desinstitucionalização, defendida pelos precursores da reforma psiquiátrica.

As análises apresentadas ao longo do trabalho demonstram que houve avanços e recuos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e muito ainda há por fazer numa conjuntura que se mostra cada vez mais complexa do ponto de vista das relações sociais e econômicas. Demonstra também que a formulação histórica do estatuto social do louco se produziu a partir de uma rede de articulações entre as exigências políticas, o contexto social e o saber científico, em busca de compreender a loucura e se apropriar do saber a respeito do tratamento do louco.

Resgatamos, através deste trabalho, a trajetória percorrida pelas reforma psiquiátrica brasileira. Percorremos as experiências mundiais das reformas psiquiátricas desenvolvidas na França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, buscando apreender as características de cada uma delas, bem como a importância atribuída ao movimento da luta antimanicomial, enquanto movimento social, neste processo. A análise de todas essas experiências, e em particular da italiana, permitiu-nos conhecer e caracterizar o debate acerca dos conceitos de desinstitucionalização.

Até o final da década de 1970, os hospitais psiquiátricos se constituíam socialmente como o lugar da loucura de forma precária e excludente. O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, revoltado com os níveis de precarização, abusos e exclusão, inspirado pelas reformas psiquiátricas da Europa e Estados Unidos, porém mais especificamente pela italiana e pela reforma sanitária

brasileira, impulsionou a construção da reforma psiquiátrica brasileira. O Brasil passa a se preocupar e a discutir mudanças sobre os cuidados do louco, seu lugar e a responsabilização do Estado por esse cuidado.

Assim, consideramos que a reforma psiquiátrica brasileira está ainda em processo de construção, envolvendo uma série de atores e interesses que segue combatendo o asilamento e exclusão institucional e defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS , nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas enfermarias especializadas, nos Centros de Convivência e nas Oficinas de Geração de Renda. Envolve ainda ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, na escola, nas artes, nos esportes e na cultura.

Pode-se afirmar através desse trabalho que os princípios e pressupostos para o processo de desinstitucionalização estão presentes e são fundamentais nas discussões acerca da reforma psiquiátrica brasileira. Porém, sua efetivação dependerá da habilidade e articulação do movimento pela reforma psiquiátrica com outros movimentos sociais que lutam por uma transformação da nossa sociedade e pela defesa do SUS, bem como do envolvimento e da politização de usuários e familiares. Os interesses privatizantes característicos da sociedade capitalista incidem sobre essa questão sempre em nome dos interesses do capital. E as drogas – em especial o crack – vão tensionar o debate e as perspectivas sobre a desinstitucionalização, exigindo da reforma psiquiátrica e seus defensores novas estratégias de ação, tanto no aspecto técnico como político.

Consideramos que além dos desafios no campo psicossocial o crack aponta para um desafio também de ordem econômica, perpassando por interesse de natureza mercadológica de lucros elevados, numa conjuntura neoliberal, que apresenta uma realidade bastante desigual, precarizada e excludente.

Na verdade, essa realidade associada a elementos como a violência, a desigualdade social, a concentração de renda e a falta de perspectivas para as pessoas, são questões importantes para o debate a respeito do abuso de substâncias psicoativas, e talvez esse seja um caminho mais concreto para discussão do enfretamento de crack, ou de qualquer outra droga que possa surgir mais potente ou destrutiva. Essa assertiva aponta para o desafio de gestores e trabalhadores das redes assistenciais apreender as necessidades reais das

pessoas usuárias de drogas nos sistemas de cuidados, bem como a capacidade de produzir respostas para atender a essas necessidades

O que aponta para necessidade de medidas de caráter político, econômico, educacional e cultural em qualquer proposta que se diga séria de enfrentamento do crack ou de qualquer outro tipo de droga.

Consideramos também fundamental para o enfrentamento do crack e de outras drogas o protagonismo dos trabalhadores, usuários e familiares através de movimentos sociais, para tal registramos a importância histórica do Movimento da Luta Antimanicomial para a reforma psiquiátrica brasileira.

É importante registrar que durante o processo de pesquisa, nos surpreendeu a dificuldade na coleta de produções teóricas e registros do movimento da luta antimanicomial, bem como da história e dos rumos dessa luta enquanto movimento. Constatamos que existe uma divisão do movimento em dois grupos e resgatamos algumas especificidades dessa fratura, mas consideramos que diante da grandiosidade desse movimento, ainda que dividido, e da importância dele para o efetivo protagonismo dos usuários e familiares, é insipiente a quantidade de registro e publicização da riqueza desse processo enquanto movimento social.

Defendo que os novos usuários, familiares, técnico e gestores de saúde mental precisam conhecer a história do movimento da luta antimanicomial ao longo da sua trajetória, respeitar sua história e conhecer os princípios e diretrizes que fundamentam e dão sentido as bandeiras de luta do movimento.

Por fim ressaltamos, que os resultados desse estudo nos levou a uma constatação de que os conceitos de desinstitucionalização e reinserção social estão imbricados e articulados dialeticamente dentro da reforma psiquiátrica brasileira, sendo metodologicamente um risco tentar estudá-los separadamente e isoladamente, como foi a proposta inicial do projeto de pesquisa. Foi uma riqueza teórica descobrir que o caminho para entender o debate, os conceitos, as influências e as perspectivas teóricas que envolvem e norteiam os conceitos de desinstitucionalização e reinserção social no campo da reforma psiquiátrica brasileira, podiam ser trilhados partindo da institucionalização para proposta de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 136 p.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, ed. Boitempo, 2001.

AROUCA, Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva,(Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.,Campinas, 1975

BARROS, S. Bichaff, R. (org.) **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo, FUNDAP/Secretariade Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008. 170p.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa arquitetônico mínimo para serviços de saúde mental. Brasília; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – ver. Atual. Brasília; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5ª ed. ampl. – Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental –2004 a 2010. Edição XII. Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. 257 p.Brasília; 2010.

____Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8, Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43 p.

____Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992

____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p

____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BEHRING, Elaine Rossetti.; BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas sociais**: fundamentos e história, São Paulo: Cortez, 2007 – Biblioteca Básica de Serviço Social.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloisa Jahn, Rio de Janeiro: edições Graal. 1985.

_____ **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.**

Organização Paulo Amarante: tradução Joana Angélica d'Ávila Melo – Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989. Projeto de Lei 3.657 de 1989. *Diário do Congresso Nacional*. 29 de setembro de 1989. pp.10.696-10.699.

CARVALHO, Gilson et al; organizador Silvio Fernandes da Silva, 2ª ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011

CASTEL, Robert. **A Ordem da psiquiatria**: a idade de ouro do alienismo; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978

COHEN, C, Ferraz, FC, Segre, M. **Saúde Mental, Crime e Justiça**. São Paulo: Edusp; 1996.

DELGADO, Pedro Gabriel Godino. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. In: Caderno Saúde Mental.Org: Ana Marta Lobosque. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte: ESP-MG,2007.V.1 p.67-69

DESVIAT, Manoel. **A Reforma Psiquiátrica**; tradução de Vera Ribeiro; revisão técnica de Paulo Amarante, Rio de Janeiro; editora FIOCRUZ, 1999, Coleção Loucura & Civilização, 167 p

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Trad. Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Portugal, Editorial Presença; Brasil, Martins Fontes, [s.d.] (Coleção Síntese), p. 111-129.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____ História da Loucura. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo, Editora Perspectiva, 9ª ed, 2012

_____ O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973/1974) Michel Foucault; edição estabelecida por Jacques Lagrange, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma

TannusMuchail, Márcio Alves da Fonseca – São Paulo; Martins Fontes, 2006 – (tópicos)

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**, São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GOULART, Maria Stella Brandão. As raízes italianas do movimento antimanicomial/ Maria Stella Brandão Goulart, - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007 (coleção História da psicologia no Brasil/ coordenadora Regina de Freitas Campos).

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo**. São Paulo: Boitempo, 1999.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública, Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

HUBERMAN, Leo. **História da Riqueza do Homem**. ZAHAR EDITORES, 1981.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O estado de bem-estar social na idade da razão** : a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. [recurso eletrônico]

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e “Status”**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da economia política. São Paulo, Abril Cultural, 1984, t. I, v. 2.

_____. **O Capital**: Crítica da economia política. São Paulo, Abril Cultural, 1988a, t. I, v. 1.

_____. **O Capital**: Crítica da economia política. São Paulo, Abril Cultural, 1988b, t. II, v. 2.

_____. Glosas críticas marginais ao artigo O Rei da Prússia e a reforma social de um prussiano. In: *Práxis*- nº 5. Belo Horizonte: projeto Joaquim de Oliveira, 2005.

MANSUR, Carlos Gustavo. **Psiquiatria para o médico generalista** [recurso eletrônico] - Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARQUES, R. & MENDES, Á. *Notas sobre o social no governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação da agenda neoliberal*. Disponível em www.desempregozero.org.br/artigos. Acesso em 20 de maio de 2007.

MARSHALL, T.H. (1967) *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro. Zahar Editores

MEDEIROS. Silvana Márcia de Andrade, *Reforma ou Contrarreforma do Estado: Repercussões na Política de Saúde*, II Jornada internacional de políticas públicas, São Luis, 2005

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3º ed., São Paulo: Cortez, 1992.

_____; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas in Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*; organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / EPSJV, 2008.410p

PELBART, Peter Pál. *Um convite à cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos*. In: *Caderno Saúde Mental*. Org: Ana Marta Lobosque. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte: ESP - MG, 2007. V.1 p.11-20.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996. 300p.

PITTA, Ana. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, p.19-26, 1996

PORTO, Roberto. **Crime Organizado e Sistema Prisional**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PRADO JÚNIOR, C. **História econômica do Brasil**. 26ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

RENILA, Cadernos da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, relatórios e documentos, 2007.

RESENDE, Heitor, Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica, in TUNDIS, S.A e COSTA, N. do R. Cidadania e Loucura: Política de saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**, São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003

ROTELLI, F; De LEONARDIS, O; MAURI, D. (2001). Desinstitucionalização, outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

SÁ, E.N. de C. Análise de uma organização pública complexa no Setor Saúde: o conjunto Juqueri, no Estado de São Paulo. São Paulo, 1983. [Tese de Doutorado — Faculdade de Saúde Pública da USP].

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão social”**: particularidades no Brasil – São Paulo, Cortez, 2012 (coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6).

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidade**. Da reabilitação à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Williamns

Valentini. Te Corá editora – Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte – Rio de Janeiro: 2ª ed , 2001

SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2011. 192p.

SILVA, Marcus Vinícius. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte: ESP-MG,2007.V.1 p.119-124.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TRAGTENBERG, Maurício. **A falência da política**; direção [da coleção] Evaldo A. Vieira – São Paulo; Editora UNESP, 2009. 489p.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000. 328 p.