

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

**Reforma Psiquiátrica Brasileira:
Caminhos para uma desinstitucionalização**

Carlos Eduardo Pedroso

São Paulo

2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

**Reforma Psiquiátrica Brasileira:
Caminhos para uma desinstitucionalização**

Carlos Eduardo Pedroso

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Odair Furtado.

São Paulo

2009

Agradecimentos

À minha família, que de formas diretas e indiretas proporcionou todo o apoio, a compreensão e a segurança para que eu chegasse agora onde estou. Sem vocês não seria quem de fato eu sou.

À Laura, companheira e amiga, que nas horas angustiantes deu-me as palavras de conforto e alento para prosseguir meu caminho e nos momentos alegres dividiu comigo a plenitude de nossas felicidades. Pode ter certeza que você e, especialmente, suas palavras me tocam profundamente.

Aos meus amigos e colegas, inúmeros e inumeráveis, com quem compartilhei minhas experiências, idéias, lutas, angústias, sorrisos, alegrias, questões, certezas passageiras, e infindáveis vivências da minha trajetória de vida a qual, com toda certeza, não seria a mesma sem eles.

Aos meus professores, cujos nomes de todos a memória não permite lembrar mas que o coração faz sentir todos em sua importância, meu eterno agradecimento pela sabedoria que todos transmitiram.

Ao professor Odair Furtado, orientador escolhido, que de suas palavras fez os caminhos para a concretude de minhas idéias. Inestimáveis momentos que nunca esquecerei.

Obrigado a todos!

Carlos Eduardo Pedroso – Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos para uma desinstitucionalização, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Odair Furtado

Resumo

Esta pesquisa estuda o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil no período histórico entre 1978 e 1987, do surgimento do movimento de reforma psiquiátrica até o momento em que o movimento de reforma passa a ser orientado pelo projeto de uma 'desinstitucionalização da loucura'. Esse tema demonstra-se relevante pois foi no sentido orientador da perspectiva da desinstitucionalização que desencadearam diversas propostas e projetos na área de atenção à saúde mental em todo território nacional a partir de 1987, as quais culminaram na aprovação da Lei Federal 10.216/2001 – a 'Lei Antimanicomial' –, consolidando-se como política pública nacional. Para tanto, o estudo empreendeu uma breve revisão histórica do paradigma psiquiátrico e os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, em âmbito internacional, no decurso do século XX com o propósito de contextualizar o processo brasileiro no horizonte maior das transformações nas assistências e no cuidado da loucura. Posteriormente, segue-se a exposição dos acontecimentos da trajetória de reforma psiquiátrica nacional no período histórico abordado. Por fim, discute-se os diferentes rumos dessa trajetória e suas implicações com o panorama social da época, revelando, assim, um processo complexo e rico que influencia, ainda hoje, as perspectivas de conhecimento e cuidado com a loucura.

Palavras-chave: loucura; Reforma Psiquiátrica; desinstitucionalização.

Sumário

Introdução	6
Capítulo I:	
Da voz ao silêncio: o enclausuramento da loucura e o saber psiquiátrico	8
Capítulo II:	
“Reformas”, <i>aggiornamento</i> e rupturas: caminhos da psiquiatria no século XX	22
Capítulo III:	
A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira	42
Discussão	63
Considerações Finais	81
Referências Bibliográficas	83

Introdução

Este trabalho nasceu da curiosidade a cerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira; luta que se constrói cotidianamente nas pontas dos serviços substitutivos, nos movimentos sociais, nas discussões legislativas, nas associações de usuários e familiares, nos debates afiados nos círculos universitários, e em todos os lugares onde se pensa o cuidado da loucura.

Foi a vontade de saber, de entender, os caminhos pelos quais o movimento de reforma psiquiátrica conseguiu consolidar nas letras da Lei sua maior conquista, quando foi definida como política pública nacional a implantação da rede substitutiva de atenção à saúde mental, que este estudo optou em lançar seu olhar sobre o surgimento, a origem, desse movimento, procurando compreender a construção de tal perspectiva orientadora.

Ao defrontar-se com o passado da reforma, observou-se que as propostas críticas à estrutura do subsistema de saúde mental, colocando em questão o paradigma científico psiquiátrico, que orientaram as lutas, projetos e experiências da reforma psiquiatria a partir de 1987 através do lema “por uma sociedade sem manicômios”, não eram as mesmas proposições, ao menos não tão claras, no início do movimento de reforma psiquiátrica, nos fins da década de 70.

O que se pode notar deste período histórico, entre o nascimento em 1978 até 1987, foi que a reforma psiquiátrica brasileira passou por um processo de construção, transformações, lutas, reivindicações, projetos e discursos até a afirmação da perspectiva de desinstitucionalização da loucura; marco que conduziu a trajetória de lutas até os dias contemporâneos.

Justamente sobre esse período histórico que se debruçou esta pesquisa, procurando compreender a história do movimento de reforma psiquiátrica brasileira a partir do horizonte de algumas indagações: como se deu o processo de reforma psiquiátrica brasileira no período histórico entre seu surgimento, nos fins dos anos 70, e a afirmação de proposta de desinstitucionalização, por volta de 1987? Quais foram os discursos e por quais vicissitudes o processo passou? Quais foram os atores sociais

implicados nesse processo? E sob qual contexto histórico maior a reforma se inseriu neste referido período?

Para empreender tal estudo, adotou-se como fundamental referência bibliográfica de os acontecimentos do período histórico pesquisado e a perspectiva metodológica a obra “Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” de Paulo Amarante (1998), que, além de ser uma das mais completas produções sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira, é um dos poucos estudos sobre o processo de reforma no período histórico estudado. Essa opção se justifica pela grande relevância de Paulo Amarante no cenário reformista do campo da saúde mental. Ele possui uma vasta produção acadêmica e bibliográfica sobre a reforma psiquiátrica brasileira (“O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria”, “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica no Brasil”, “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, “Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, entre outros) bem como é o líder do Grupo de Pesquisas "Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial" (LAPS). Além das atribuições acadêmicas, Paulo Amarante é um antigo militante da causa antimanicomial e atual representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Para expor os acontecimentos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil no referido período e elaborar a discussão desses, fez-se necessária uma prévia revisão do paradigma do saber psiquiátrico assim como dos movimentos de reforma em âmbito internacional a fim de se verificar suas implicações no contexto brasileiro, conforme coloca Amarante (1998).

Portanto, esta pesquisa empreende uma discussão histórica sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira entre o fim da década de 1970 até a segunda metade da década de 80, sem perder o horizonte histórico ocidental dos conhecimentos e das assistências produzidas para a compreensão e cuidado da loucura.

Capítulo I

Da voz ao silêncio: o enclausuramento da loucura e o saber psiquiátrico

A construção do saber psiquiátrico ocupa um lugar recente na história ocidental, datando um pouco mais de dois séculos. De mesmo modo, sua hegemonia discursiva sobre a loucura surgiu também recentemente. Entretanto, a prática de confinamento da loucura e suas formas de tratamento são anteriores ao saber psiquiátrico.

Na perspectiva de esmiuçar quais foram às condições de possibilidade que levaram a ascensão do saber psiquiátrico e, anteriormente, a prática segregadora da loucura pela sociedade ocidental, coloca-se a proposição deste capítulo.

Tal estudo se torna relevante ao tema para se compreender a constituição do saber psiquiátrico, fundamentado na reclusão da loucura e na sua submissão ao tratamento moral, que é posta em xeque nas diferentes perspectivas críticas das reformas que surgem em meados do século XX.

A loucura nem sempre foi sinônima de clausura ou doença. Na Renascença europeia o louco tinha outro *status* social: era o errante, o transeunte; aquele que se mantém na passagem. O louco transitava livremente na paisagem social renascentista, “às vezes expulso das cidades, frequentemente vagando pelos campos, entregue a comerciantes, peregrinos ou navegantes” (MACHADO, 1981, p.59). A inscrição simbólica do louco para a sociedade da época não se realizou na imagem da reclusão, mas da “Passagem Absoluta” (FOUCAULT, 2008, p. 12) na qual se via o louco na permanente condição interior na exterioridade, tão frequentemente representada na pintura e na literatura do período através da ilustração da “Nau dos Loucos” (FOUCAULT, 2008, p. 9).

De todo modo, o que se desvelou e tomou lugar de destaque no pensamento e nas produções literárias e plásticas do Renascimento foi a temática da loucura. Inquietação que proporcionou reflexões sobre a loucura e o louco em relação à questão da verdade e da razão.

A loucura foi discutida durante o século XV sobre duas óticas: sob as sombras trágicas do mundo ou a luz da consciência crítica do homem.

Na primeira, expressa principalmente por alguns pintores renascentistas – Bosch, Brueghel, Thierry Bouts, Dürer – que por sua arte silenciosa deram voz ao segredo obscuro do homem; lugar no qual a loucura ocupava no imaginário europeu. Na experiência do louco – “experiência fundamental” (MACHADO, 1981, p.60) -, vislumbra-se a verdade trágica ao qual o homem estava fadado: estar mergulhado em um mundo de caos espreitado por sombras que, no fim, desvelaram-se como sua própria Natureza, nua e crua; implacável verdade final que se avizinha à morte.

Denunciando a verdade do mundo, a loucura como experiência trágica se constituiu a partir da verdade deste mundo; uma verdade cósmica portadora de um saber que a todos fascinava:

(...) a loucura fascina porque é um saber. É saber, de início, porque todas essas figuras absurdas são, na realidade, elementos de um saber difícil, fechado e esotérico.

(...) Este saber, tão inacessível e temível, o Louco o detém em sua parvoíce inocente. Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso mesmo mais inquietantes –, o Louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível (FOUCAULT, 2008, p.21).

Para Foucault (2008), a experiência trágica da loucura na Renascença é a experiência originária da loucura na cultura ocidental, o que faz delinear a *démarche* de seu estudo empreendido em “História da loucura na idade clássica” (2008).

Entretanto, a visão trágica da loucura dividia espaço com outra ótica no pensamento renascentista, a qual encarava o louco, através dos olhos conscientes, como nada mais do que um erro, uma farsa ou pura ilusão. A loucura era balizada pelo pensamento racional e moral sobre o homem e, com isso, passou a ser tratada como uma paisagem estéril que nada podia oferecer.

É na produção de Erasmo, Brant, entre outros, que o desvario do louco somente podia se remeter a um comportamento errôneo por tomar a falta como verdade. Portanto, a loucura nada podia falar do mundo ou anunciar a verdade secreta do Cosmos. Ela somente podia estar endereçada a toda uma profusão alegórica de

defeitos humanos que foi embarcada na “Nau dos Loucos” para, então, ser colocada à distância. É a consciência racional sobre o louco que ignorou suas palavras; colocou-a à distância para qualificá-la diferente da Sabedoria e da Verdade (FOUCAULT, 2008).

É em meio desta inquietação sobre a loucura no Renascimento que se trava um embate das duas concepções sobre ela: a experiência trágica e cósmica, e a consciência crítica do homem.

Combate este que tem o triunfo da consciência crítica do homem frente à experiência trágica da loucura.

Este confronto entre a consciência crítica e a experiência trágica anima tudo o que pôde ser sentido sobre a loucura e formulado a seu respeito no começo da Renascença. (...) a consciência crítica da loucura viu-se cada vez mais posta sob uma luz forte, enquanto penetravam progressivamente na penumbra suas figuras trágicas. (...) A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica (FOUCAULT, 2008, p.28).

O marco filosófico que sacramenta a dominação progressiva da consciência crítica sobre a experiência trágica foi dado por Descartes. Logo, na primeira de suas *Meditações Metafísicas*, Descartes exclui a loucura como possibilidade do pensamento ao procurar dar à verdade um fundamento indubitável em suas reflexões (MACHADO, 1981). Com isso, Descartes expulsa a loucura da razão, pois “se alguém pensa não pode ser louco. Se alguém é louco não pode pensar. (...) A loucura é condição de impossibilidade de pensamento” (MACHADO, 1981, p.61).

Portanto, a loucura é asilada das fronteiras da razão para, então, ser compreendida a partir dessa mesma razão como sua face negativa; como o lado oposto à própria razão: a Desrazão.

No cenário histórico do século XVIII a filosofia de Descartes forneceu os argumentos metafísicos que fundaram o universo da razão na constituição o universo da razão pela expulsão simbólica do universo da desrazão (BIRMAN, 1992, p.76).

Esse reconhecimento da loucura como desrazão não se deu no nível restritamente filosófico. A experiência da desrazão foi sensível a “percepção social” da

época clássica que através de uma “consciência prática” procurou progressivamente afastar “os desrazoados” do convívio social do mundo da razão (FOUCAULT, 2008).

Para Foucault, o marco institucional dessa dominação da loucura pela razão é o decreto francês de 1656, no qual o rei Luís XIV institui uma administração unificada como Hospital Geral dos estabelecimentos aos arredores de Paris, entre estes La Salpêtrière e Bicêtre, para alocação dos pobres da região.

Os Hospitais Gerais, diferentemente de sua denotação médica atual, foram dispositivos jurídico-administrativos intermediários entre a realeza e a burguesia que possuíam a função de demover do cenário social, por meio do enclausuramento, elementos que pudessem levar à desordem.

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão (FOUCAULT, 2008, p.50).

Na era clássica, a prática do internamento dirigiu-se às partes mais pobres da sociedade com um papel puramente normativo. Porém, este gesto de exclusão não era estranho à paisagem social europeia, pois outrora também foi dirigido aos leprosos durante a Idade Média, e foi desta prática anterior que o enclausuramento clássico herdou os estabelecimentos para a exclusão da parcela pobre. Contudo, o gesto que excluía o leproso foi simplesmente médico, já o gesto clássico ganhou contornos mais complexos que implicavam significações mais vastas de ordem política, social, econômica, religiosa e moral.

O Classicismo inventou o internamento, um pouco como na Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os “internos”. O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem representações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais (FOUCAULT, 2008, p.53).

A prática do internamento se espalhou por toda a Europa durante o século XVII dirigindo-se a massa pobre da população com intuito explicitamente econômico.

Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em suas origens. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola (FOUCAULT, 2008, p.61).

Por toda a Europa cresceram os números de estabelecimentos destinados ao internamento – *workhouses*, hospitais gerais, *zuchthaus* (FOUCAULT, 2008) –, tendo como clara função excluir a população pobre e ociosa do cenário social. O Internamento clássico empreendeu duas atribuições: uma, em épocas de crise, promover a contenção da população ociosa como proteção social em tempos de escassez; outra, em tempos estáveis, local onde essa população torna-se mão de obra barata para a economia europeia.

Contudo, para Foucault (2008), os motivos econômicos para o internamento são insuficientes para a criação e manutenção desses dispositivos de controle social. Segundo este autor, as práticas do internamento durante a era clássica se demonstraram ineficientes como meios de regulação econômica da industrialização ainda incipiente.

O Grande Enclausuramento¹ somente encontra sentido na “moral do trabalho” desenvolvida no cerne do pensamento europeu clássico.

A função do Grande Enclausuramento não é eminentemente econômica. E se este não foi um aspecto relevante é que, na época, o trabalho é menos uma pobreza do que uma categoria moral e a origem da pobreza é vista não como sendo o desempregado ou a escassez de mercadorias, mas a falta de disciplina e os maus costumes. É moralmente que se pode apreender o principal significado desta instituição. O Grande Enclausuramento assinala o nascimento de uma ética de trabalho em que este é moralmente concebido como antídoto contra a pobreza (MACHADO, 1981, p.64).

¹ Termo cunhado por Foucault (2008) para designar o processo de exclusão pelo internamento durante os séculos XVII e XVIII.

As instituições do Grande Enclausuramento dão cabo de sua principal atribuição: fazer cumprir a moral pelo internamento e pelos rigores da coação física. Foi pela introjeção da moral ao corpo indisciplinado que se efetuou a correção da população enclausurada, através de uma mecânica invisível onde a imputação física refletiria em uma reversibilidade moral (FOUCAULT, 2008, p.75).

Mas o mundo correcional do internamento não deve ser tomado como algo estritamente negativo pelo seu ato de internar, como aponta Foucault (2008). O Enclausuramento, ao mesmo tempo, que adquiriu a função social de excluir e internar na era clássica, também criou toda uma realidade social que pudesse ser apreendida para se encontrar e capturar uma população homogênea de características específicas através dos critérios que instituiu. É essa capacidade de incidir um olhar sobre a sociedade e criar, produzir, toda uma “percepção”, coerente e unitária, de uma população que aos olhos retrospectivos caracterizariam-na como heterogênea, mas que o classicismo por meio do Internamento conseguiu agrupar em uma mesma experiência de desrazão, e a este fato Foucault (2008) atribuiu o valor positivo desse dispositivo social.

É o caráter positivo de criar um domínio social da experiência que permite o mundo clássico encontrar e internar uma vasta população que traz nos rostos características de uma mesma percepção de desrazão: a percepção do “desatino”².

Que população foi constituída e apreendida pelas práticas da Internação clássica?

Essa população se forma a partir de quatro regiões, ou domínios de experiência, que a época clássica, agrupando e excluindo, vai transformar em mundo homogêneo. A maior parte dos motivos de internamento nesses estabelecimentos repressivos diz respeito à sexualidade. A sexualidade imoral do doente venéreo (...), da sodomia, prostituição, “devassidão”, “prodigalidade”, “ligação inconfessável, casamento vergonhoso”. Uma segunda região diz respeito a fenômenos antes considerados profanação do sagrado que agora significam desordem do coração, da alma. Desordem moral ou social como blasfêmia, o suicídio, ou magia, feitiçaria ou alquimia, e que são desclassificados como erro, engano, ilusão. O terceiro domínio é formado pela libertinagem que, na época clássica, é irracionalismo e

² Termo utilizado por Foucault (2008) para designar a toda experiência da desrazão no decurso da época clássica.

subordinação da razão à não-razão dos desejos do coração (MACHADO, 1981, p.65).

O quarto espaço do mundo da internação dirigiu-se ao louco. Contudo, este não ganhava *status* como doente, muito menos como doente mental, pois os cuidados médicos não eram prioridade no internamento, sendo somente secundários por necessidade de não se proliferar doenças. Portanto, os internos não eram tomados como doentes para, então, serem internados.

Se o louco se inseriu no cenário do enclausuramento, não foi por possuir uma especificidade a ser excluída, mas por se constituir junto a uma massa amorfa de corpos que a experiência clássica qualificou-a como experiência de não-razão.

Entretanto, a percepção da desrazão não se figurou para o pensamento clássico como uma percepção médica. Distante desta perspectiva, a desrazão foi concebida com base na reflexão ética.

Esta percepção da desrazão não é uma percepção médica, mas ética. O sistema que organiza o tipo de percepção do louco que se encontra na base do processo de internação é estruturado pela razão e pela moral ou, em outros termos, pela razão clássica que é uma moral da desrazão enquanto desordem de costumes e negatividade de pensamento. É nessa realidade que a loucura, em vez de adquirir individualidade própria, se dissemina. Na época clássica, a separação entre loucura e razão é, portanto, ética e não médica (MACHADO, 1981, p.67).

Por conseguinte, a loucura foi tratada como opção ética originária do indivíduo, ou seja, o louco optou por ser louco ao invés de ser racional. É justamente aí que reside sua culpa, a qual deve ser corrigida no internamento.

A loucura como experiência da desrazão também foi passível de ser objeto do saber médico clássico tendo em vista que a loucura se encontrava balizada pela razão. Porém, o saber médico no classicismo dirigiu-se em compreender a “doença” loucura, não se importando com o comportamento ou o corpo do próprio louco.

O interessante, a saber, é que o conhecimento médico incidiu sobre a busca da essência, da natureza, da loucura, furtando-se a questionar sobre as práticas sociais empreendidas contra o louco, que por uma consciência social prática já o tomava de imediato como contra-natureza, um não ser, pondo-o, por isso, na exclusão.

A medicina clássica foi uma medicina classificatória fundada na história natural considerando, portanto, a doença como espécie natural que deveria ser classificada em uma taxonomia. O conhecimento médico desta época procurava no sintoma os indícios para a ordenação das espécies mórbidas, por isso, era um conhecimento superficial das doenças, no qual não se dirigia às profundezas das partes invisíveis do corpo.

Entretanto, a medicina das espécies esbarrou em dificuldades em apreender a loucura como doença classificável; obstáculos estes que impossibilitaram efetivamente sua assimilação por esse conhecimento.

Foucault (2008) aponta para três obstáculos que impossibilitaram o conhecimento médico clássico abarcar a loucura no “jardim das espécies”: primeiro, pelo conhecimento médico classificatório sair do foco analítico de doença ao nível dos sintomas para o nível de julgamento moral e de causa; segundo, a recorrência no pensamento nosológico de figuras antigas da medicina que mais remetiam a concepções imaginárias do que conceituais³, que passaram a orientar a análise taxionômica; terceiro, a influência de concepções como a “teoria dos vapores”, nos fins do século XVII, ou das “doenças dos nervos”, no século XVIII, no conhecimento médico da época, ambas com proposições alheias a concepção classificatória e de fundamentos não menos imaginários que encontravam maior justificação na prática terapêutica do que nas categorias nosográficas.

Dessa forma, a percepção social e o conhecimento médico sobre loucura durante a época clássica permaneceram em níveis distintos, sendo saberes contíguos, entretanto, não implicáveis entre si.

A breve exposição das questões relativas à racionalidade médica nos séculos XVII e XVIII evidencia o quanto à percepção do louco e o conhecimento da loucura são duas séries divergentes. Trata-se de dois níveis diferentes que não se tocam nem cruzam; se elaboram independentemente, sem que tenham incidência sobre o outro (MACHADO, 1981, p.70).

Portanto, a prática social do internamento que o classicismo dirigiu ao louco não tinha como base algum o conhecimento médico para justificar sua ação. Pelo contrário, essa prática social se fundamentava por uma ordem ética que balizou a

³ Foucault (2008) cita como exemplo o quadro de *frenesi* estar atrelado ao delírio febril ou a mania a delírio sem febre (p.203).

loucura diante da razão como experiência do desatino antes mesmo de qualquer explicação médica.

Salvo as incongruências entre esses dois saberes, pode-se observar uma unidade possível que fundamenta estas distintas práticas: a razão. Ambas buscam como referência necessária à razão, seja na estruturação de uma ordem ética para exclusão do louco, seja no olhar analítico classificatório que visa capturar a loucura.

Entretanto, se, no século XIX, consolidou-se um saber psiquiátrico hegemônico sobre a loucura, isso se deve menos a uma apropriação do discurso médico sobre o espaço do internamento do que as mudanças mais amplas no nível político, social e econômico que, aos poucos, particularizou o espaço do internamento apenas ao louco durante o século XVIII.

As críticas que se avolumavam frente ao Grande Enclausuramento residiam, internamente, em levantar questões sobre a coabitação entre uma população, que aos poucos se percebia heterogênea, misturada com os loucos, e, externamente, em se construir uma objeção econômica quanto ao uso laboral da população internada.

A crítica interna dirigiu-se aos valores despóticos e políticos que envolviam as questões do internamento, porém, não se questionou quanto à relação entre a loucura e o internamento, lugar que naturalmente lhe parecia destinada.

A crítica externa, a mais importante segundo Foucault (2008), visou superar o problema do internamento, que excluía uma ampla massa populacional com potencial econômico de força de trabalho do cenário social, com a especificação e circunscrição desse espaço a número menor de pessoas – ou seja, aos loucos – que não teriam serventia motriz para economia capitalista nascente do século XVII (MACHADO, 1981).

Tais críticas geraram modificações do espaço do internamento, que tiveram como principal consequência o isolamento do louco em um dispositivo “exclusivo” para abarcá-lo, que, por meio de um “esfacelamento” da percepção clássica da loucura como desrazão, esta passou a ser sinônimo de incapacidade de trabalho e de impossibilidade de asilo domiciliar devido a sua periculosidade (MACHADO, 1981).

Concomitantemente, durante o século XVIII, o pensamento filosófico também assinalou a destituição da loucura do espaço da desrazão estabelecendo novas relações entre ela e o mundo. A loucura passou a não ser mais entendida como

evidência de um lugar chamado desrazão; ilha que só podia ser reconhecida, pois era relativizada à razão. Foi no decurso do século XVIII que a loucura ganhou laços com “o meio” social onde a afastou da natureza humana, destituiu-a da verdade humana.

Ora, se antes a loucura se caracterizava por ser contranatural de antemão, nessa época, ela passou a ser compreendida como a perda da “natureza própria do homem” (MACHADO, 1981) por influência negativa do meio social.

Foi dessa forma que a loucura passou a ser percebida como ruptura da imediatez da natureza pelo pensamento ocidental em meados do século XVIII, pois

a loucura tornou-se possível nesse meio onde se alteram as relações do homem com o sensível, com o tempo, com o outro; ela é possível por tudo aquilo que na vida e no devir do homem, é ruptura com o imediato. Não pertence mais a ordem da natureza ou da queda, mas a uma nova ordem em que se começa a pressentir a história e na qual se formam, num obscuro parentesco originário, “a alienação” dos médicos e a “alienação” dos filósofos (...) (FOUCAULT, 2008, p.369).

Deste modo, a loucura não era mais fundamentalmente erro como no classicismo, mas passou a ser compreendida, de maneira rudimentar no século XVIII pelo pensamento médico-filosófico, como “alienação”; como perda da natureza humana, de sua essência, de sua própria verdade.

Foi através dessas mudanças tanto ao nível institucional quanto ao nível do pensamento filosófico-científico que a loucura sofreu um processo de “especificação” na paisagem social do século XVIII, encontrando sua singularidade frente à massa de internos que paulatinamente se vislumbrou heterogênea – por isso o “esfacelamento” da experiência clássica do desatino que encontrava uma unidade de percepção no internamento – e sua particularidade em não ser mais fundamentalmente alheia às leis do mundo, mas alheia a sua própria essência (FOUCAULT, 2008, p.376). Dessa forma, o louco atravessa um processo no qual não se encontra mais remetido ao mundo por ser contrassenso à regra geral como na época clássica, mas se situa encerrado em uma individualidade que se põe fugaz a sua própria verdade.

Portanto, “o fenômeno da loucura se passa no interior do próprio sujeito. Dizendo respeito à verdade do homem, a loucura se interioriza, se psicologiza, torna-se antropológica” (MACHADO, 1981, p.73).

Por fim, o que se viu na segunda metade do século XVIII foi uma “medicalização da loucura” (MACHADO, 1981), não por uma importação da perspectiva médica ao espaço de reclusão da loucura, mas por novos arranjos configurados em níveis institucional e social que deram uma significação intrinsecamente terapêutica ao internamento.

Foi passo fundamental para essa significação a constatação que a coerção do espaço de reclusão possibilitava a eclosão da loucura em sua verdade; dava-lhe a liberdade resguardada para a manifestação de sua essência. É nessa perspectiva que o confinamento da loucura pela reclusão passa a ser entendido como espaço terapêutico por libertar a loucura para sua verdade, por meio de um lugar vigiado e isolado, e em significar esta liberdade como “cura”.

O importante é que essa transformação da casa de internamento em asilo não se fez através da introdução progressiva da medicina – espécie de invasão proveniente do exterior – mas através de uma reestruturação interna desse espaço ao qual a era clássica não havia dado outras funções além das de exclusão e correção. A progressiva alteração de suas significações sociais, a crítica política da repressão e a crítica econômica da assistência, a apropriação de todo o campo do internamento pela loucura, enquanto todas as outras figuras do desatino foram pouco a pouco afastadas, tudo isso é que faz do internamento um lugar duplamente privilegiado pela loucura: o lugar de sua verdade e o lugar de sua abolição (FOUCAULT, 2008, p.433).

O internamento ganhou nova significação em fins do século XVIII: passou de um espaço exclusivo de reclusão e correção para um lugar eminentemente terapêutico. Além desse significado, emerge também um novo sentido para o enclausuramento: lugar onde a loucura pode ser objetivada para tornar-se objeto do conhecimento. Então, a internação é a disposição institucional de condições perfeitas para a apreensão da loucura como objeto do conhecimento médico, por isso, ela deve ser vigiada pelo olhar neutro que a interroga em sua liberdade circunscrita pelos muros do asilo⁴.

Portanto, a loucura adquire novo estatuto no fim do século XVIII: ser experiência sujeitada que se torna objeto do conhecimento, para tanto, alienada como sujeito de sua própria verdade para resumir-se em objeto controlado. Foucault (2008)

⁴ Termo utilizado por Foucault (2008) para designar a significação médica que passa assumir o internamento no final do século XIX.

aponta que essa objetivação da loucura representa um passo a mais na radicalização do processo de dominação da loucura pela razão:

E se devesse resumir toda essa evolução numa palavra, seria possível dizer, sem dúvida, que o próprio da experiência do Desatino é o fato de nele a loucura ser sujeito de si mesma, mas que na experiência que se forma, nesse fim de século XVIII, a loucura é alienada de si mesma no estatuto de objeto que ela recebe (FOUCAULT, 2008, p.439).

Foi a expropriação cada vez mais radical da loucura quanto a sua verdade que se pôs abafar, silenciar, sua voz em um processo contínuo de dominação pela razão deste o fim do Renascimento. Entretanto, como aponta Foucault (2008), esse silenciar de sua voz não foi sinônimo de sua extinção, pois, segundo o autor, a voz continuou sobrevivendo durante o tempo manifestando-se salutar em obras como as de Sade ou na arte de Artaud, não se deixando dominar por completo; tornando-se fugaz as amarras da razão.

Contudo, a loucura objetivada e alienada começou a traçar parentescos obscuros com a ordem do crime através das transformações do pensamento sócio-jurídico alavancadas pela Revolução Francesa no fim do século XVIII. Para Foucault (2008), foi por meio das novas disposições jurídicas que se passaram a se configurar o julgamento popular, a consciência do crime, introjetada e disseminada no corpo civil, – local decisório do poder de julgamento antes somente endereçado às mãos absolutas do Antigo Regime. Isso possibilitou uma interiorização do crime ao nível do indivíduo, elemento social, subjetivando, psicologizando, o crime.

Para o autor, foram essas as condições que possibilitaram a consciência de uma cumplicidade obscura e sorrateira entre o crime e a loucura: no fundo das motivações dos crimes se encontraria a loucura, e essa, por ser entendida como alienação, justificaria a irresponsabilidade do ato criminoso dando-lhe ares da inocência frente ao escândalo de sua atrocidade.

Dessa forma, a loucura ganhou, além das significações da alienação e, conseqüentemente, impossibilidade de trabalho, a significação de periculosidade, que devia ser exilada do convívio social.

Portanto, é o espaço criado pela concepção de alienação da loucura que lança as condições possíveis para se assumir a loucura como “doença mental”; pretexto patológico como justificativa para o conhecimento médico da loucura: a psiquiatria.

Entretanto, o conhecimento psiquiátrico somente foi possível, segundo Foucault (2008), por meio das vicissitudes pelas quais passou o espaço institucional do enclausuramento, permitindo, assim, uma configuração que assumisse por si só um valor terapêutico. Logo, é a organização e o funcionamento do espaço do internamento que permitem a condição de reconhecer a loucura como doença mental, e não uma influência nosográfica. A nosografia foi “basicamente uma justificação, uma legitimação médica” (MACHADO, 1981, p.80), longe de ser um fator determinante para se considerar a loucura como doença.

Portanto, para se despachar a “doença mental”, o asilo foi organizado como forma plena de uma terapêutica que visa à cura do mal através das seguintes estratégias:

A religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial; o medo, que deve inculcar culpa e responsabilidade; o trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação; o olhar dos outros, que deve produzir auto-contenção e é desmistificador; a infantilização; o julgamento perpétuo, que faz do hospício um microcosmo judiciário e do louco uma personagem em processo; e last but not least o médico, responsável pela internação e autoridade mais importante no interior do asilo (MACHADO, 1981, p.80).

Por fim, o saber psiquiátrico, emergido no âmago das vicissitudes da instituição do internamento, passou a legislar sobre o discurso da loucura hegemonicamente a partir do século XIX. Embora com caráter aparentemente científico, são as transformações sociais, políticas, econômicas e filosóficas por que sofreu o espaço do internamento clássico durante o século XVIII que lançaram os alicerces fundamentais para o aparecimento da psiquiatria, segundo Foucault (2008). Antes de “científica”, a psiquiatria se constituiu como controle moral e social que exerce o poder de legislar sobre o que é loucura e como ela deve ser “tratada”.

A ação do psiquiatra é moral e social, e não depende necessariamente, para sua eficácia, de competência médica: desalienar é instaurar uma ordem moral. A medicina mental é uma terapêutica, uma educação moral característica que, até nossos dias ainda a acompanha (MACHADO, 1981, p.81).

O interessante, a saber, desta análise feita aqui – embasada na obra de Foucault (2008) – é entender que o saber psiquiátrico não surge antes para, então, se criar uma estratégia terapêutica do confinamento para a loucura. Pelo contrário, é o internamento da loucura por uma ética moral que dá as condições de possibilidade – o *a priori* histórico⁵ – para a construção do saber psiquiátrico.

Condição fundante para a percepção da loucura como doença mental, a “alienação” foi a ideia necessária para se configurar o espaço social que circunscreveria e caracterizaria a loucura; não mais entendida como desrazão, desatino, como na era clássica, mas compreendida, em sua “essência”, como a perda da essência humana a partir do século XVIII.

É fundamentalmente essa perda da essência humana que derivou toda a constatação de impossibilidade ao trabalho e periculosidade da loucura na época moderna.

Portanto, é a alienação, como percepção social da loucura, que lança as condições possíveis para a construção do saber psiquiátrico, e é justamente sobre essa concepção que residiram as principais críticas que fundamentaram as reformas psiquiátricas empreendidas em meados do século XX.

É sobre a temática reformista do século XX que se debruça este estudo a partir do próximo capítulo.

⁵ Termo empregado por Foucault (2008) que se refere às condições arqueológicas para assunção de um saber (Cf. MACHADO, 1981)

Capítulo II

“Reformas”, *aggiornamento* e rupturas: caminhos da psiquiatria no século XX

Neste capítulo, procura-se averiguar rapidamente a trajetória histórica do saber e das práticas psiquiátricas a partir do século XIX no cenário ocidental, buscando compreender algumas propostas e modificações ocorridas nesse decurso até a segunda metade do século XX.

Tal empreitada visa entender como as transformações do modelo assistencial psiquiátrico surgidas no panorama mais amplo no mundo ocidental, as quais vicejaram “novas” perspectivas sobre o louco, influenciaram a experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica.

Desde do “gesto de Pinel” de “libertação” dos loucos para submetê-los, logo em seguida, sua circunscrição pelos muros do asilo (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002), o saber psiquiátrico tornou-se hegemônico sobre o discurso e as práticas dirigidas à loucura. A terapêutica proposta pela psiquiatria revolucionária ganhou repercussão por toda Europa muito por conta desta ter nascido no bojo da Revolução Francesa na qual se encontrava atrelada aos princípios libertários, republicanos e democráticos que influenciaram inúmeros países (AMARANTE, 2007).

Tal poder psiquiátrico foi referendado pela República Francesa com a lei de 1838. Esta foi a primeira grande medida legislativa que reconheceu uma assistência específica para a loucura, destinando-a ao asilo, lugar exclusivo para seu tratamento, sob os “cuidados”, a tutela e o controle dos médicos (CASTEL, 1978). A partir de então, a “medicina mental” passa a legislar com plenos poderes sobre os loucos, possuindo, portanto, o poder de decidir sobre o internamento em casos que identifica a loucura no tecido social – propriedade exclusiva da psiquiatria amparada por esta lei.

Castel (1978) atenta, como já anteriormente discutido, para a o confisco da loucura por esse particular saber médico da psiquiatria que desponta no século XIX, ponderando quanto à implicação “na definição, através da instituição médica, de um

novo *status* jurídico, social e civil do louco: o *alienado*, que a lei de 1838 fixará, por mais de um século, num completo estado de minoria social” (p.55).

Por conseguinte, como aponta o autor, ao instaurar a internação como um “estabelecimento especial” para o louco pelo intermédio da lei de 1838 determinou-se e se condicionou o *status* de alienação da loucura.

Contudo, depois de outorgada a lei de 1838, seguiram-se diversas críticas ao poder conferido aos “alienistas” – assim chamados os médicos asilares do século XIX.

As críticas no âmbito da lei constituíram-se entorno de denúncias que apontavam que alguns internos, na verdade, eram militantes políticos perseguidos pelo Império – francês – os quais foram internados para serem silenciados, assim como pela reivindicação do poder jurídico em reverter a atribuição desses poderes executivos conferidos a “escola alienista” (CASTEL, 1978).

Essas críticas também atingiram questões institucionais quanto ao formato e ao tipo de tratamento realizado no espaço asilar. A principal delas dizia respeito a um julgamento favorável feito por Moreau de Tours, um alienista francês do século XIX, sobre a colônia agrícola belga de Gheel.

Gheel era uma aldeia camponesa belga que desde a Idade Média abrigou em sua comunidade loucos trazidos de todas as partes toda a Europa por suas famílias procurando a cura destes pelos milagres da Santa Protetora dos Insanos (AMARANTE, 2007). Criou-se na colônia um interessante hábito hospitaleiro para com os loucos que começaram ali conviver e trabalhar com a comunidade. Tal ideia impressionou os alienistas que começaram a questionar-se sobre a condicionalidade do tratamento dos loucos por meio do isolamento social.

Quanto à colônia agrícola de Gheel, Moreau de Tours em 1865 indagou-se:

Seria mesmo necessário internar os doentes a fim de isolá-los? As duas palavras estão longe de serem sinônimos no seu sentido gramatical; e o são menos na acepção científica. Isolar um alienado é romper completamente os hábitos no meio dos quais surgiu sua loucura, é afastá-lo das localidades, das coisas e das pessoas que não são completamente estranhas aos distúrbios de sua inteligência. (...) Em Gheel, todas essas condições são fielmente preenchidas. Os lugares em que o doente mora, os indivíduos com os quais se relaciona diariamente, os trabalhos, as distrações, tudo é novo para ele. Não está separado de toda a sociedade, e não pode deixar de encontrar, nessa

de que se torna membro, impressões capazes de constituírem digressões mais felizes para suas idéias delirantes (*apud* CASTEL, 1978, p.256).

Pelo mesmo tipo de questionamento, os alienistas na segunda metade do século XIX se puseram a refletir quanto ao formato do tratamento dado nos asilos aos loucos que encontrava na impossibilidade ao trabalho e a periculosidade da loucura a justificação para seu isolamento.

Apesar da experiência da colônia agrícola de Gheel expor fragilidades na terapêutica do tratamento moral através do isolamento e, por decorrência disto, expor a delicada concepção nosográfica da loucura, a implantação das colônias agrícolas, a partir de então, somente foram usadas como dispositivos suplementares ao internamento, permanecendo fiel a ideia do sistema asilar e ampliando a importância social e política da psiquiatria com a falsa ideia de liberdade (AMARANTE, 1998).

Portanto, a apresentação de indícios que puseram em questão a instituição asilar como forma de tratamento dos alienados não foi suficiente para modificar as construções teóricas, nem as formas de tratamento da loucura. Pelo contrário, como aponta Castel (1978), novas proposições feitas por Morel, importante alienista francês, propuseram um alinhamento maior entre o estudo da alienação mental à medicina geral, procurando em causas orgânicas a etiologia das “degenerescências” mentais.

Morel defendeu a ideia de intervenção preventiva – “profilaxia preservadora” – que seria feita na totalidade social agindo preventivamente nas causas da doença mental em toda população. Esse programa alienista preventivo confundiu-se como o da higiene física e moral, passando a pregar uma “moralização das massas”; foi o tratamento moral asilar sendo estendido a toda população, e encontrando o foco de sua intervenção na pobreza, “as classes declinantes” (CASTEL, 1978).

Dessa forma, as modificações na psiquiatria do final do século XIX e início do XX deslocaram as práticas do tratamento moral para dispositivos mais sofisticados, entretanto, não se colocou em risco o *status* de alienação e o contrato de tutelação da loucura (CASTEL, 1978).

Porém, o panorama sócio-cultural ocidental sofre profundas transformações após o período das grandes guerras mundiais no século XX, que acarretam em uma “crise” no modelo assistencial psiquiátrico.

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidade histórica para outro período de transformações psiquiátricas. Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátricas’ (AMARANTE, 2007, p.40).

No período pós-guerra, verificou-se diversos movimentos de “reformas” psiquiátricas no cenário contemporâneo. Contudo, é bem controverso o emprego do termo “reforma” entre autores que discutem modificações dos saber/práticas psiquiátricos no decorrer do século XX. Para alguns, a designação “reforma” é entendida de forma literal conotando-se que as transformações sofridas pela psiquiatria afetaram estruturalmente seu saber e suas práticas. Porém, para outros, a maioria dessas vicissitudes significaram a continuidade do sistema asilar agenciada em novos *locus* sociais.

Adotou-se neste trabalho a perspectiva proposta por Amarante (1998), em conformidade à periodização desses movimentos por Birman & Costa (1994), e para tanto, subdividiu os movimentos reformistas em três ordenações:

a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas ao espaço asilar; por fim a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados (AMARANTE, 1998, p.27).

A II Guerra Mundial provocou grande instabilidade no cenário sócio-econômico europeu. Palco da guerra, a Europa viu-se em um arranjo conjuntural trágico, senão

irônico, no qual grande contingente da mão de obra se encontrava ou nos frentes de guerra ou adoecido por decorrência desta. O trauma no tecido econômico europeu provocado pela guerra foi profundo, fazendo com que os Estados europeus se mobilizassem no sentido reafirmarem seu papel de instituições soberanas que deveriam garantir a vida e o bem-estar de seus cidadãos (BIRMAN & COSTA, 1994).

Foi neste ambiente economicamente instável que a sociedade europeia não se deixou mais assistir ao

espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividade, pudessem estar espantosamente estragados em hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho (BIRMAN & COSTA, 1994, p.46).

Portanto, foi o imperativo econômico que convocou e implicou um novo rearranjo da assistência psiquiátrica. O asilo, então, passa a ser o lugar onde se cronifica a doença e instaura-se a impossibilidade ao trabalho. No entanto, a crítica a impossibilidade laborial não foi tão inusitada, nem recente, como se pode depreender de Castel (1978).

A perspectiva do trabalho como terapêutica da loucura na percepção social europeia pós-guerra somente se tornou possível pelas silenciosas, porém, paulatinamente insidiosas, críticas que se avizinhava aos portões do asilo por meio de algumas experiências como as de Hermann Simon, fundador da terapia ocupacional – ou ativa – na década de 1920, as quais foram resgatadas posteriormente por algumas propostas de reforma.

Segundo Birman & Costa (1994), Simon, ao utilizar pacientes na construção de um hospital, pode verificar a melhoria destes por intermédio do trabalho. A Simon, foi atribuído o protagonismo e a comprovação de uma “nova” prática psiquiátrica, tornando-se, assim, precursor das comunidades terapêuticas assim como referencial no movimento francês de psicoterapia institucional.

Outra proposta de nova formatação do espaço asilar foi de Sullivan. Ainda na década de 20 e 30, Sullivan observou “a importância da ação do meio hospitalar sobre os enfermos” (BIRMAN & COSTA, 1994, p.48). Então, este propôs um tratamento

terapêutico baseado em organizações grupais nas quais os grupos se inter-relacionariam entre si.

Nesta mesma linha terapêutica encontram-se os trabalhos de Menninger nos anos 40. Este propôs a organização dos pacientes mentais em pequenos grupos para que entre estes se debatesse e compartilhasse seus problemas e soluções, promovendo assim um ambiente de ressocialização (BIRMAN & COSTA, 1994).

Entretanto, é com Maxwell Jones que se consolidou a ideia de comunidade terapêutica. Os trabalhos de Jones consistiram em organizar o hospital psiquiátrico em diferentes grupos – de discussão, operativos, de atividade – que tinham o intuito de implicarem na “função terapêutica” não só os técnicos, mas os próprios internos assim como familiares e a comunidade.

Segundo Jones, a ideia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de “tratar grupos de pacientes como fosse um único organismo psicológico”. Mais que isso, através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição (AMARANTE, 1998, p.29).

A reforma sanitária inglesa, marcada pelo trabalho de Jones, foi inovadora por demonstrar que a comunidade externa ao asilo poderia ter condições para o tratamento de algumas enfermidades mentais, tornando-se parceira no processo terapêutico com o hospital (AMARANTE, 1998).

A experiência das comunidades terapêuticas proposta por Jones pôs em questão a soberania do poder psiquiátrico no espaço asilar como conhecimento hegemônico sobre a loucura. A teoria de Jones em conceber a “função terapêutica” dividida entre os médicos, técnicos, pacientes e a comunidade em última instância, postulou uma disseminação do poder terapêutico antes somente atribuído ao médico dentro do hospital psiquiátrico.

Mesmo colocando novas orientações, mais democráticas e participativas, no espaço asilar, as comunidades terapêuticas não foram suficientes para dar conta do projeto de extensão para as comunidades externas. Para Franco Rotelli,

a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico (*apud* AMARANTE, 1998, p.31).

Outra experiência, que aconteceu no mesmo período, foi a psicoterapia institucional na França. Surgida das experiências institucionais de Tosquelles no hospital psiquiátrico de Saint-Alban durante o período da Segunda Guerra Mundial, a psicoterapia institucional nasce em ambiente de grande penúria sócio-econômica da França na qual grande número de internos dos hospitais psiquiátricos franceses morreram por não possuírem as menores condições de existência (MOURA, 2003).

É neste cenário que Tosquelles protagoniza uma das reformas mais bem-sucedidas (AMARANTE, 2007). Inspirado pelas ideias da “terapia ativa” de Simon, Tosquelles e um grupo de intelectuais refugiados no hospital de Saint-Alban (MOURA, 2003) colocaram em questão a “função terapêutica” do hospital como espaço de cura das enfermidades mentais. Estes propuseram o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico aos moldes de como pretendiam Pinel e Esquirol, compreendendo o hospital como “o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (TOSQUELLES *apud* AMARANTE, 1998). Portanto, se os hospitais malograram em produzir melhoras nos estados de seus enfermos, é porque estas instituições fizeram o mau uso das terapêuticas e da administração tornando-se dispositivos que se desviaram de suas finalidades e passaram a caracterizar-se pela violência e repressão.

A psicoterapia institucional trouxe como inovação a ideia de que as próprias instituições têm características doentias que precisam ser tratadas para garantir o bom funcionamento da instituição.

Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (...). A psicoterapia

institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais (AMARANTE, 1998, p.32).

A proposta do “coletivo⁶” como constituição básica da organização e funcionamento do hospital psiquiátrico pela participação conjunta de técnicos e pacientes nas decisões, gestor autônomo de deliberações do hospital, assemelham-se as experiências participativas das Comunidades Terapêuticas.

Outro ponto de semelhança entre as propostas reformistas do hospital psiquiátrico reside no uso do trabalho, seja para finalidades financeiras ou artísticas, como fonte de sociabilidade pretendida para cura das doenças mentais.

Para Birman (1992), essas duas proposta de “reforma” psiquiátrica retomaram

a outra vertente do discurso originário do alienismo, propiciando maior abrangência ao projeto terapêutico da praxiterapia da década de 1920. Assim, não seria apenas pelo trabalho que deveria instituir a pedagogia da sociabilidade, mas aquele seria *uma* das formas para se empreender a finalidade de transformar o louco em sujeito do contrato social. Dessa maneira, a proposta básica de “humanização” dos asilos para a sua transformação em efetivos hospitais psiquiátricos deveria passar agora pela instauração de uma microssociedade em que, pela organização coletiva do trabalho e dos grupos de discussão do conjunto das atividades hospitalares, seriam instituídos os internos como agentes sociais da sua existência asilar (p.85).

O que se viu, portanto, foi uma criação de uma “microssociedade” asilar onde se realizou uma renovação humanitária em sua organização a fim de educar os internos por uma pedagogia da cidadania (BIRMAN, 1992; BIRMAN & COSTA, 1994).

Contudo, tais propostas encontraram a impossibilidade de realizarem a reinserção do louco na sociedade, revelando-se insuficientes em articular o trânsito do louco entre o espaço hospitalar e o ambiente social; “*de dialetizar a relação entre o dentro e o fora*” (BIRMAN, 1992, p.85).

⁶ Termo preferido por Tosquelles para nomear as experiências coletivas de Saint-Alban (AMARANTE, 2007)

As reformas do espaço hospitalar, empreendidas tanto na comunidade terapêutica quanto na psicoterapia institucional, implicaram em uma aceção terapêutica que visou entender como cura a readaptação social.

Portanto, como apontam Birman & Costa (1994), por meio dessas experiências começou se delinear implicitamente um novo objeto da psiquiatria: a saúde mental. Esta pode ser compreendida, em termos adaptativos, como “a capacidade do sujeito de integrar-se ao grupo” (p.52); compartilhar de um contrato social de convivência, pois saúde mental é uma “virtualidade”, potencial, interior a todo indivíduo que, por conseguinte, deve ser suscitada, resgatada, pela nova terapêutica psiquiátrica a fim de restituir ao doente sua condição de possibilidade ao trabalho e ao código comum.

O interessante nessa transição de objetos, da doença para a saúde mental, no conhecimento psiquiátrico é entender o processo da cura não mais como um processo terapêutico entre o médico e enfermo, mas entre diferentes corpos – médicos e pacientes – que em grupo executam juntos esse processo.

Entretanto, são nas “entrelinhas” que se pode observar naquelas experiências a transição para o novo foco da psiquiatria. Somente em outras propostas como a psiquiatria de setor francesa e psiquiatria preventiva estadunidense que se pode evidenciar explicitamente a saúde mental como objeto da assistência psiquiátrica (BIRMAN & COSTA, 1994).

A psiquiatria de setor surgiu na França antes da psicoterapia institucional, porém, no cenário pós-guerra – nos anos 60 –, foi incorporada como política oficial de assistência psiquiátrica francesa. Esse movimento foi proposto por um grupo de psiquiatras, inspirados pelas ideias de Bonnafé, que ao entrarem em contato com a realidade manicomial francesa reivindicaram transformações imediatas da assistência psiquiátrica acenando como alternativa um tratamento para os enfermos no próprio espaço social (AMARANTE, 1998).

Ao erguer uma crítica ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos franceses, o movimento da psiquiatria de setor propôs o deslocamento do tratamento do louco do espaço hospitalar para os diferentes “setores sociais”. Para tanto, foi esquadrihado o ambiente interno do hospital para dividir seus pacientes por diferentes áreas geográficas e sociais aos quais estes eram provenientes. Já por sua vez, no ambiente

social, dividido em áreas geográficas administrativas – setores –, foram alocados serviços extra-hospitalares de saúde mental – os centros de saúde mental (CSM) – como dispositivos de assistência psiquiátrica regional e intermediária ao hospital.

Essa experiência trouxe como inovação o acompanhamento terapêutico por equipes multiprofissionais – enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais – que assistiam os pacientes tanto nos CSM's quanto no hospital psiquiátrico setorializado, acompanhando o paciente “mesmo quando este recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar” (AMARANTE, 2007, p.46). Como aponta Amarante (2007), pela primeira vez os técnicos não-médicos passaram a ter “um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental” (p. 46).

Entretanto, a experiência da psiquiatria de setor não conseguiu superar a cultura asilar, como aponta Rotelli, pois “conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria” (*apud* AMARANTE, 1998, p.36).

Novos agenciamentos da psiquiatria se debruçaram sobre o tecido social, como um controle social através das instituições psiquiátricas alocadas nas comunidades naquele momento, passando a vigiar e a legislar sobre o normal e o patológico sob a insígnia da prevenção. Foi “em sintonia” com a experiência francesa que surgiu a psiquiatria preventiva norte-americana nos anos de 1960.

Após os escândalos de violência, maus-tratos e péssimas condições da assistência psiquiátrica norte-americana ainda em 1955, o governo de Kennedy, em 1963, declarou transformações na política de saúde mental em todo o país, lançando o novo paradigma para os serviços psiquiátricos.

A psiquiatria preventiva, ou comunitária, foi uma psiquiatria que atuou no território das comunidades a fim de prevenir o surgimento das doenças mentais. A fundamentação de sua prática partiu da crença na possibilidade de se prevenir às moléstias mentais. Para tanto, tal prática se serviu da teoria etiológica das doenças feita por Caplan, porém, como apontam Amarante (2007) e Birman & Costa (1994), ela se demonstrou frágil e insuficiente em explicar as causas das doenças mentais e, portanto, a impossibilidade de identificá-las para se efetuar a prevenção pretendida.

Contudo, foi pelo “rastreo” de sujeitos “suspeitos”, termo utilizado pelo próprio Caplan (AMARANTE, 1998), que a psiquiatria preventiva estadunidense “caçou” no ambiente social qualquer pessoa que possuísse potencial para se tornar um enfermo mental.

O contexto social dos Estados Unidos nos anos 60 foi bastante peculiar, pois a sociedade americana assistia ao crescimento do consumo de drogas pela juventude, assim como o surgimento dos movimentos *beatnik*, *black power* e a entrada dos EUA na Guerra do Vietnã. Em ambiente conturbado que se desvelava, o decreto de Kennedy sobre a política de saúde mental soou como a salvação necessária para as questões sociais da sociedade americana (AMARANTE, 2007).

Foi neste contexto que a psiquiatria preventiva lançou as instituições psiquiátricas para a comunidade e aproximou as perspectivas da medicina mental e da Saúde Pública, constituindo no projeto de prevenção à ação necessária para se intervir nas condições sociais possíveis de formação da doença mental. Entretanto, tal perspectiva tangenciou outras “linhas de força de origens diversas” (BIRMAN & COSTA, 1994) que a levam traçar parcerias entre conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista, passando, por decorrência disto, associar a doença mental aos “desvios sociais”.

A psiquiatria preventiva, procurando agir sobre as condições que desencadeiam a doença mental, encontrou no conceito de “crise” o instrumento teórico estratégico para se intervir preventivamente. A partir das noções de adaptação e desadaptação social, oriundas da sociologia, o termo “crise” foi entendido como momento de distúrbio emocional, desequilíbrio homeostático do humor, pelo qual qualquer indivíduo pode passar.

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoecem mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momento de crise.

(...)

A crise não é absolutamente sinônima de doença mental, mas contexto de idéias que privilegia a questão do Normal e Anormal num

enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade (BIRMAN & COSTA, 1994, p.57).

Portanto, a psiquiatria preventiva promoveu a assistência psiquiátrica dentro das comunidades a fim de assistir os indivíduos em momentos de crise. Para tanto, os psiquiatras, junto com grupos multiprofissionais, entraram no espaço da comunidade para promoverem saúde através da prevenção.

Seria um benfazejo comunitário se a ação de prevenir não guardasse em seu cerne o gesto normativo às questões sociais instáveis que despontavam na sociedade norte-americana da época.

Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução (BIRMAN & COSTA, 1994, p.57).

Por conseguinte, o ato de prevenir da psiquiatria americana antes visou à correção moral dos indivíduos do que a restituição de sua adaptabilidade saudável. Dessa forma, a psiquiatria preventiva criou novos dispositivos de controle social para a antiga profilaxia da psiquiatria do século XIX, contudo, atualizada pelo projeto explícito de promoção de saúde mental.

O movimento preventivista americano cunhou o termo “desinstitucionalização” pela primeira vez dentre os movimentos reformistas. A proposta de desinstitucionalização, no modelo norte-americano, foi um conjunto de medidas de desospitalização o qual produziu uma organização dos serviços psiquiátricos a fim de implementar uma rede “alternativa” aos hospitais psiquiátricos para que estes caíssem em desuso. Porém, a implantação de serviços psiquiátricos regionais nas comunidades, ao invés de estacar o número de pedidos de internações, aumentou sua demanda assim como manteve a importância do hospital como centro da rede psiquiátrica, por fim, tornando-se insuficiente ao propósito do desmantelamento asilar (ROTELLI, 2001).

As experiências tanto da psiquiatria de setor quanto da psiquiatria preventiva, como aponta Birman (1992), ao pretenderem superar a dialética “do dentro e do fora” de outras experiências – psicoterapia institucional e comunidade terapêutica –,

instalaram dispositivos de controle social a fim de legislar sobre as individualidades da população quanto a sua saúde e sua patologia, tornando permanente o estado de vigília psiquiátrica com propósito de produzir “uma ordem social asilada pela psiquiatria” (p. 86).

Apesar de um novo objeto, saúde mental, a psiquiatria moderna não deixou de lado sua função social, política, econômica e cultural no mundo ocidental, permanecendo alinhada as questões de controle de sua época.

Atualizada pelos movimentos psiquiátricos até meados do século XX, a psiquiatria foi agenciada em novos dispositivos, alguns fora dos limites do hospital, porém, ainda sustentados pela ideologia da normatização e correção.

As críticas postas à prova em todos esses projetos de “reforma”, até aqui expostos, não conseguiram alcançar o âmago do saber psiquiátrico fundamentado no controle social e na alienação da loucura. É por esse motivo que Rotelli designou a esses movimentos de “reforma”, aqui apresentadas, como “psiquiatria reformada” (*apud* AMARANTE, 1998, p.27) ao invés de “reformas” psiquiátricas, pois, de fato, foram remodelações da psiquiatria às necessidades contemporâneas, não reformando a psiquiatria em sua essência.

A essa atualização dos dispositivos de controle e a implementação do disciplinamento social através das “psiquiatrias reformadas” nas quais a instituição psiquiátrica lançou-se para dentro da sociedade, Castel (1978) denominou como *aggiornamento*.

Termo católico que designa a convocação papal para atualização das liturgias da Igreja, sem abrir mão da fidelidade ao “espírito da doutrina” (CASTEL, 1978); o *aggiornamento* é a nomeação mais cara a esse processo, como define Castel (1978), no qual a psiquiatria ganhou sofisticadas tecnológicas-assistenciais, deslocando suas funções para espaços sociais mais amplos e flexibilizando seus focos de ação, durante o século XX. Entretanto, tais novidades que não invalidaram o “mesmo aparelho de dominação” que “pudesse, por meio de sua modernização, remover seus prestígios, estender seu domínio e multiplicar seus poderes” (p.14).

Porém, outras experiências colocaram em jogo o saber psiquiátrico como própria questão a ser criticada. Dentre essas se encontra o movimento da antipsiquiatria.

A Antipsiquiatria foi um movimento que teve início na Inglaterra nos anos 60 sendo desenvolvida por alguns psiquiatras – muitos com ampla experiência em psiquiatria clínica e psicanálise – dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper. Este grupo colocou em questão a “inadaptação do saber e das práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia” (AMARANTE, 1998, p.42).

A partir da crítica de inadequação explicativa sobre a loucura da psiquiatria, a antipsiquiatria radicalizou sua crítica contestando o saber médico-psiquiátrico no sentido de refutar a ideia científica de que a esquizofrenia – classe nosográfica considerada paradigmática do saber psiquiátrico – fosse doença que já se encontrasse passível de ser objetivada pelos parâmetros científicos.

Desse modo, antipsiquiatria procurou incidir sua crítica sobre a cientificidade do saber psiquiátrico com o propósito de apontar sua ineficiência em explicar a experiência da loucura e denunciar a violência e a opressão de suas práticas institucionais.

O interessante, a saber, da proposta antipsiquiátrica é que a experiência patológica não foi compreendida como algo encerrado no indivíduo louco, “enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações entre ele e a sociedade” (AMARANTE, 2007, p.52). Para Cooper (1989),

a loucura não se encontra numa pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o paciente rotulado participa: a esquizofrenia, se é que significa alguma coisa, constitui um modo mais ou menos característico de comportamento grupal perturbado. Não existem esquizofrênicos (p.47).

A “perturbação” do doente mental é a manifestação que denuncia o circuito de relações perturbantes onde o esquizofrênico se situa. É no sistema social, especificamente na família, que se instaura a lógica de violência e opressão esquizogênica. Foi da Teoria da Lógica das Comunicações da Escola de Palo Alto que o movimento antipsiquiátrico extraiu o conceito do “duplo vínculo” com qual tentou

explicar a experiência esquizofrênica. O “duplo vínculo” consiste, à grosso modo, numa forma comunicacional contraditória em que dois sentidos contraditórios entre si são transmitidos ao mesmo tempo. Uma rede comunicacional desse tipo levaria a construções relacionais esquizofrênicas dentro do núcleo familiar (COOPER, 1989).

Por fim, “o hospital psiquiátrico não apenas reproduzia, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família” (AMARANTE, 2007, p.53).

Nesta perspectiva, antipsiquiatria propôs um novo projeto de comunidade terapêutica no qual o saber psiquiátrico foi permanentemente interrogado em suas técnicas e práticas a fim de se subverter a hierarquia hospitalar. Nesta linha, criou-se a experiência, entre 1962 a 1966, da “Vila 21” no Hospital Psiquiátrico Público de Shenley por Cooper. A experiência de permanente combate às cristalizações de funções e papéis assim como o trânsito por estes por todos que participavam da comunidade terapêutica permitiu a Cooper observar a diminuição significativa na percentagem de recaídas se comparada aos métodos tradicionais (AMARANTE, 1998).

Deste modo, criou-se uma nova terapêutica destituída de qualquer intervenção química ou física com intuito coercivo.

Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos à ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria (AMARANTE, 2007, p.53).

Concomitantemente a experiência da antipsiquiatria, foi desenvolvida na Itália outra experiência inovadora de ruptura com o saber e as instituições médico-psiquiátricas, tendo como maior protagonista Franco Basaglia.

No início dos anos 60, Franco Basaglia junto com uma equipe de jovens psiquiatras assumem a direção do hospital psiquiátrico da pequena cidade de Gorizia. Ao entrarem em contato com a realidade manicomial da instituição, logo, colocaram em prática mudanças a fim de se humanizar as relações de tratamento para torná-las

efetivas na reabilitação dos internos. Para tanto, Basaglia inspirou-se nas experiências da Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional. Mas, com passar dos anos, ele percebeu que o aparato institucional da psiquiatria não poderia ser somente combatido com medidas administrativas ou de humanização (AMARANTE, 2007).

Foi na aproximação às perspectivas de autores como Michel Foucault e Erving Goffman que Basaglia elaborou suas reflexões sobre o saber e as práticas da psiquiatria. Para ele se tornou evidente que o enfrentamento a instituição psiquiátrica se daria não somente na ordem de uma desospitalização, desmantelamento das estruturas físicas do manicômio, mas na ordem de uma “desconstrução” de todo um aparato social, político, jurídico, cultural e científico que alicerçam o saber e as práticas da psiquiatria.

A tradição basagliana e movimento Psiquiatria Democrática Italiana⁷ apontam para “a impossibilidade de transformar a assistência” psiquiátrica “sem reinventar o território das relações entre a cidadania e a justiça” (AMARANTE, 1998, p.48). Torna-se eminentemente necessário re-situar o espaço da diferença e do sofrimento do louco na sociedade para se romper com a mentalidade manicomial.

Para Rotelli, citado por Barros, existem quatro eixos primordiais para a transformação das instituições psiquiátricas:

a luta contra as atuais estruturas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável (apud AMARANTE, 1998, p.49).

Foi por esta ótica que Basaglia escreveu o livro “A Instituição Negada” no qual expôs a experiência de Gorizia e suas reflexões ao se colocar no projeto de negação da psiquiatria como ideologia, assim como princípios e estratégias para novos passos de reformas psiquiátricas com bases na desconstrução do manicômio.

⁷ O movimento Psiquiatria Democrática Italiana foi o dispositivo político criado em 1973 “com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basaglia em todo território italiano” (AMARANTE, 1998, p.50). Já tradição basagliana é entendida como o conjunto de idéias de Basaglia para a desconstrução das formas de controle da loucura pela psiquiatria.

No início dos anos 70, Basaglia com grande parte do grupo que atuou em Gorizia empreenderam em Trieste a inovadora experiência de desconstrução dos aparelhos psiquiátricos que inspiraram diversas outras experiências em todo o mundo.

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbraassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos (AMARANTE, 2007, p.56).

Entretanto, o desmantelamento do hospital psiquiátrico não foi efetuado repentinamente, mas de forma paulatina aos moldes do fechamento de Gorizia, inspirando-se nos manejos das experiências da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional. Contudo, diferentemente desses movimentos de “reforma”, a experiência de Trieste não as tomou como fim em si mesmas, mas como meio para a implicação da comunidade interna assim como dos familiares a novas formas de tratamento e convívio com a diferença, com isso, construindo bases de possibilidade para se superar a “instituição da clausura” (AMARANTE, 2007).

Os serviços substitutivos criados foram alocados nos territórios comunitários como centros de saúde mental (CSM). Estes, claramente pensados por influência da psiquiatria de setor francesa, não assumiram o papel intermediário e, portanto, mantenedor da lógica hospitalocêntrica asilar como nos dispositivos franceses. Diferentemente destes, os CSM's italianos integravam o cuidado no campo da saúde mental ao próprio território, não sendo necessária um apartamento social institucionalizante para o louco. Esses centros que, “atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura” (AMARANTE, 2007, p.57).

Dessa forma, como aponta Rotelli (2001), o conceito de desinstitucionalização passou a assumir a nova conotação de “desconstrução” ao invés de reduzir-se somente como sinônimo de “desospitalização” por meio das experiências da psicoterapia preventiva. É pela denúncia ao “objeto fictício” da doença mental como experiência apartada da vivência global, ampla, do sujeito e toda a rede de aparatos sociais,

jurídicos, administrativos e científicos da psiquiatria que o processo de desinstitucionalização se põe a desconstruir para se recriar outra relação com os sujeitos com sofrimento. Essa “outra via” se constituiria um processo social complexo no qual se implicaria novos atores sociais para se transcender a simples reorganização do sistema de assistência psiquiátrica (ROTELLI, 2001).

Por fim, as experiências da antipsiquiatria e, especialmente, da tradição basagliana foram movimentos de ruptura com o saber e as práticas médico-psiquiátricas, ao contrário das “psiquiatrias reformadas”. O que se colocou em foco naquelas perspectivas não foram somente renovações humanitárias de assistência para remodelar o *locus* social do louco, mas em se questionar este lugar de diferença onde louco se situava para, então, criar outra relação com essa diferença, substituindo todas aquelas relações em que a psiquiatria se constituiu como controle da diferença. Portanto, esses movimentos se configuraram na luta por uma “desinstitucionalização da loucura”, tornando a discussão eminentemente sócio-cultural.

A diligência, *démarche*, das vicissitudes das visões quanto à loucura e sua assistência durante o século XX, até os anos 70, foi marcada pela constante indagação quanto ao modelo asilar da psiquiatria moderna. As condições de possibilidade que permitiram esses questionamentos, e decorrentemente os movimentos de transformação, foram diversos, entretanto, pode-se destacar aqui a importância – e não determinação – das condições econômicas no cenário pós-guerra como imperativas para a “flexibilização” da ideia de alienação do louco – assim como foi entendida no século XIX. O louco passou a não ser mais encarado como impossibilitado ao trabalho e, por decorrência disto, começou a se configurar sob a paisagem da cidadania, porém, em um espaço ainda tutelarizado e assistido.

Foi na abertura ao mundo do trabalho que se efetuou as primeiras transformações do modelo assistencial psiquiátrico e se configurou um espaço possível de socialização da loucura. A partir daí, o que se procurou com as primeiras “psiquiatrias reformadas” foi se efetuar uma “pedagogia de socialização” para se colocar o louco no circuito social. No entanto, o trânsito do enfermo entre o hospital e a sociedade se encontrou obstaculizado.

Então, vieram as propostas comunitárias preventivas como solução para as moléstias mentais. Tratar a loucura onde surge foi uma proposta interessante, contudo, assim como as “reformas” do espaço asilar, não conseguiram superar os dispositivos de controle e exclusão do louco da tecido social. Ao contrário, demonstraram-se como novos dispositivos de controle para um projeto audacioso de “psiquiatrização social”.

Subjaz nessas transformações do modelo assistencial um novo objeto da psiquiatria, como apontam Birman & Costa (1994), que é a “saúde mental”. Porém, este novo foco psiquiátrico somente se tornou possível com o deslocamento da concepção de alienação da loucura para as margens de um campo da “adaptação social”, assim como a restituição, muito parcial, de sua “voz” enquanto discurso de sua própria verdade.

O que se tornou claro para alguns movimentos foi que era o próprio *locus* social da loucura, como instância alienada e apartada de antemão, que deveria ser posta em questão. Dessa forma, o próprio saber psiquiátrico que foi posto em jogo pelas experiências da antipsiquiatria e da tradição basagliana.

Foi por meio desses movimentos, mais radicalmente no italiano, que se construíram experiências de desconstrução das instituições psiquiátricas, não somente ao nível dos aparatos sociais, mas também em todo âmbito de poder engendrado pelas práticas e ações deste saber (FOUCAULT, 2003).

Vale ressaltar que não se aponta neste estudo qualquer intenção de entender esse processo de transformações de forma linear e evolutiva a qual compreenderia os diferentes movimentos de reforma e de rupturas ordenados em uma cadeia de eventos sucessivos a caminho de uma depuração da “verdade”. Pelo contrário, esses movimentos foram concorrentes e contraditórios em mesmos períodos históricos, engendrando suas diferentes perspectivas quanto à loucura e a seus modos de tratamento quase que ao mesmo tempo. É na perspectiva de compreender esses movimentos como discursos diferentes que convergem e divergem em diversos pontos construindo um espaço de contradição e conflito, cada um com sua verdade, que se procura entender tais eventos neste trabalho (FOUCAULT, 2003).

Os movimentos de reforma e de ruptura com a psiquiatria moderna durante o século XX influenciaram diversas experiências em todo o mundo inclusive no Brasil. No

âmbito brasileiro, houve modificações na assistência aos enfermos mentais que foram diretamente influenciadas por esses modelos no panorama internacional. A exemplo, podem-se citar as propostas de assistência em saúde mental de cunho preventista durante a década de 60 e 70 que, contraditoriamente, conviveram com um alto número de leitos psiquiátricos em hospitais privados subsidiados pelo Governo Público. Tais dissonâncias lançaram as condições de possibilidade para o processo de reforma psiquiátrica no país.

É no estudo desse processo de reforma psiquiátrica, desencadeado pela crise no DINSAM (AMARANTE, 1998), tendo em vista as condições de seu surgimento, que se debruçará a partir do próximo capítulo.

Capítulo III

A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Desde a criação do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, em meados do século XIX, o saber e as práticas psiquiátricas foram importados da Europa como novo discurso-prático a legislar sobre a loucura em solos brasileiros. Também desde sua implantação aqui em terras tropicais, a psiquiatria sempre foi alvo de críticas e de tentativas de reformulações. Portanto, procurar datar os princípios de resistências, críticas e reformulações da psiquiatria se demonstra um trabalho difícil e complexo (AMARANTE, 1998).

Contudo, para efeitos metodológicos, este trabalho assumiu a proposta de Amarante (1998) em compreender a reforma psiquiátrica brasileira como o movimento de críticas, transformações e rupturas com o discurso psiquiátrico que teve início no final da década de 70 com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), no Rio de Janeiro. É baseado na investigação e na metodologia do estudo de Amarante (1998) que se desenvolve este trabalho, encontrando especificamente o processo do movimento reformista da psiquiatria brasileira, entre o final da década de 70 até a segunda metade da década de 80, seu foco, objetivo e objeto de estudo.

Para este autor, a reforma psiquiátrica é entendida como

um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura de redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1998, p.87).

Por conseguinte, o processo de reforma psiquiátrica do Brasil não é uma diligência retilínea de acontecimentos consolidados por uma perspectiva que, desde o

princípio, visou romper com o discurso da psiquiatria, mas uma *démarche* complexa que se sucede dialeticamente implicando diferentes atores sociais e diferentes perspectivas para, então, configurar-se como ruptura ao saber psiquiátrico “por uma sociedade sem manicômios⁸”; por uma desinstitucionalização da loucura.

É esse processo reformista que este estudo se debruça, tendo como objetivo esmiuçar como se deu tal processo e procurando atentar para algumas questões: quais foram discursos e por quais vicissitudes esta passou para se consolidar como ruptura ao saber psiquiátrico? Quais foram os atores sociais implicados nessa história? E sob qual contexto esse processo se desenvolveu?

Para tanto, adotou-se como fundamental referência bibliográfica e metodológica o estudo de Amarante (1998) e, conseqüentemente, a perspectiva desse trabalho em periodizar o processo de reforma brasileira não como uma sucessão de conjunturas, mas pela ideia de trajetória que, segundo o autor, “permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático-discursiva, do que de uma determinada conjuntura” (AMARANTE, 1998, p.88).

Feita as ponderações bibliográficas e metodológicas, dá-se passagem aos acontecimentos históricos dessa trajetória, tecendo-se reflexões desta no capítulo seguinte.

Após Segunda Guerra Mundial, não só os países europeus implementaram modificações ao modelo da assistência psiquiátrica, mas também outros países do mundo ocidental, como o Brasil, seguiram tal tendência. Influenciados pelas propostas “socioterápicas” estrangeiras, no Brasil e no restante da América Latina, surgem várias experiências aos moldes da comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional, da psiquiatria de setor francesa e da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana.

O modelo psiquiátrico estadunidense, em particular, foi o que mais influenciou as propostas de política de saúde mental no Brasil na década de 70. Amarante (1992)

⁸ Lema lançado no “Manifesto de Bauru”, feito no II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, em Bauru.

aponta que o campo de influência das políticas de saúde dos EUA foi ampliado para os sistemas de saúde latino-americanos através do uso estratégico de dispositivos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Reflexos dessa influência se perceberam na criação da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), novo órgão responsável sobre a política psiquiátrica no âmbito nacional, no início da década de 70 em substituição ao antigo Sistema Nacional de Doenças Mentais (SNDM); na criação do “Manual de Assistência Psiquiátrica”, fruto de pesquisas subsidiadas pelo INPS por uma equipe profissional – dentre estes Luiz Cerqueira –, o qual se lançou mão de estratégias preventivo-comunitárias como ações alternativas à falência do sistema hospitalar constatada pelos estudos feitos; e em alguns planos nos moldes extra-hospitalares preventivos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (PAULIN & TURATO, 2004).

Apesar das grandes influências dos princípios ideológicos dos modelos psiquiátricos comunitários na ratificação de propostas à saúde mental nacional, o modelo assistencial psiquiátrico do Brasil permaneceu aquém das proposições preventivistas.

Com fim do milagre econômico no início da década de 70, as condições de vida no Brasil passaram a ficar mais deterioradas. Os investimentos no campo da saúde pelo Estado diminuíram, assim como a assistência psiquiátrica perdeu sua importância frente à assistência médica global. Cada vez mais a assistência médica foi sendo relegada ao sistema de Previdência Social, delineando a política de saúde voltada para a recuperação e a manutenção da força de trabalho (PAULIN & TURATO, 2004).

Por meio da política de “enxugamento” de despesas do Governo brasileiro, intensificaram-se ainda mais os convênios em parceria com o setor privado para a assistência psiquiátrica, visto a deterioração dos serviços públicos. Desde o golpe militar de 1964, o governo ampliou a política de privatização dos serviços psiquiátricos, traçando, assim, parcerias desde seu início com os setores dominantes da sociedade brasileira para normatização dos mecanismos capitalistas.

Foram sobretudo os governos militares que consolidaram a articulação entre a internação asilar e a privatização da assistência,

com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (...). Anos depois, esses números se multiplicaram mantendo porém uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (TENÓRIO, 2002, p.34).

Se os serviços psiquiátricos eram, em sua grande maioria, alocados no setor privado porque o Governo procurou diminuir suas despesas com tais serviços a fim de garantir a qualidade da assistência, isto, de fato, não aconteceu. Com os convênios privados, os gastos com o sistema psiquiátrico nacional ao invés de diminuir aumentaram enormemente devido o ingresso demorado da clientela nos aparelhos privados. O que se pode notar foi uma relação perversa entre o poder público, a rede privada e o sistema asilar: como a receita dos asilos privados consistia, em maior parte, nas verbas que o setor público pagava pelo número de internos e pelo tempo de permanência destes, os hospitais conveniados passaram, então, a aumentar seu quadro de internos assim como seu tempo de permanência, ao mesmo tempo, que diminuíram os gastos com a manutenção dos pacientes a fim de conquistar mais lucros com esses serviços (TENÓRIO, 2002). Dessa forma, perpetuaram-se as práticas de internamento desenfreadamente, do mesmo modo que se promoveram à institucionalização dos internos com internações de mais de uma década.

Amarante (1998) atenta que em 1977, “os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica” somavam “96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais denominados extra-hospitalares, dos quais o mais importante” era “o ambulatório” (AMARANTE, 1998, p.113).

Nos fins dos anos 70, o sistema de saúde mental convivia com a contradição de propor medidas de cunho preventivo-comunitário, visto o sucateamento visível tanto de serviços públicos quanto privados, no âmbito das políticas públicas, entretanto, sem efetivá-las de fato, muito por conta da batalha conquistada nos bastidores da política de saúde pelos setores empresariados – empresários da “*indústria da loucura*” - que por

lobbies sustentavam seus lucros através do sistema hospitalocêntrico defendido (PAULIN & TURATO, 2004).

Medidas como o “Manual de Assistência Psiquiátrica”, adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde como estratégia aos problemas do sistema de assistência psiquiátrica, permaneceram – nas próprias palavras de Luiz Cerqueira – “letras mortas” frente ao aparato asilar privado, deixando-se velar todo tipo de violências, maus-tratos, abusos, mortes de internos e fraudes no sistema de financiamento dos hospitais privados.

Deste modo, configuraram-se as condições para a “crise da Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental)” deflagrada na greve das quatro unidades da Divisão (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPP II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) – todas no Rio de Janeiro – em abril de 1978, com posterior demissão de 260 estagiários e profissionais.

A crise foi deflagrada pela denúncia de três bolsistas do CPP II que registraram no livro de ocorrências as irregularidades da unidade hospitalar, levando a público a situação precária do serviço. Os serviços da Dinsam, desde 1974, eram conduzidos por um corpo técnico de “bolsistas” – profissionais graduados ou ainda estudantes universitários – de diferentes áreas devido à insuficiência de profissionais concursados. Os “técnicos” trabalhavam sob condições de violências e ameaças da instituição que visava criar um ambiente indiferente às irregularidades do sistema.

Tais condições vieram a público e ganharam repercussão graças ao apoio declarado do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que articularam diversas reuniões, assembleias e comissões as quais fortaleceram as reivindicações e as denúncias levantadas na greve na Dinsam. A greve perdurou durante 8 meses tendo destaque na grande imprensa.

Amarante (1992) ressalta a importância dessas duas entidades – REME e CEBES – como órgãos que possibilitaram a articulação com sindicatos profissionais da saúde que foram necessárias para a mobilização dos trabalhadores na área da saúde mental e a consolidação de suas reivindicações.

É desta forma que nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como principal protagonista da mobilização dos profissionais da saúde mental.

Seu objetivo foi de construir espaços de luta não-institucionais para debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Para tanto, o MTSM organizou encontros e reuniões dos trabalhadores da saúde, bem com outras entidades e setores da sociedade (AMARANTE, 1998).

Vale salientar que segundo Amarante (1998), o MTSM se caracterizou por ser um movimento não-institucionalizado por opção, pois não quis incorrer ao risco de se tornar cristalizado pela burocratização, cronificação e limitação de ação decorrentes a uma institucionalização; e por ser composto por um conjunto plural e múltiplo de participantes que não se qualificaram como um movimento ou entidade da saúde, mas como um órgão de espaço para a luta popular no campo da saúde.

As reivindicações realizadas na “crise da Dinsam” partiram desde exigências de aumento de salários, passando pela regularização dos profissionais, garantia de formação para estes, melhores condições de trabalho para a assistência psiquiátrica, bem como melhores condições de tratamento à população, tecendo críticas à privatização e a cronificação dos serviços psiquiátricos a fim de procurar meios mais humanitários para essa assistência. De certo modo, a pauta inicial girou entorno de reivindicações e denúncias de organização corporativa e de propostas de transformação à assistência psiquiátrica, compondo, dessa forma, um corpo heterogêneo de solicitações.

Contudo, aos poucos, os espaços condicionados na mídia e nas entidades civis pelas reivindicações do MTSM no Rio de Janeiro foram perdendo lugar. Em resposta ao possível esmorecimento do movimento, o MTSM promove eventos como coparticipante com o CEBES, o Sindicato dos Médicos, entre outras entidades.

Então, em outubro de 1978 foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú. Evento reconhecido como “Congresso de Abertura”, como atenta Amarante (1998), pois foi a primeira participação de movimentos em saúde mental a encontros que possuíam caráter conservador organizados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

O evento foi o ensejo para o MTSM aglutinar, em reuniões paralelas ao congresso, forças com outros movimentos “progressistas” em saúde mental de outros

estados frente às posições conservadoras dos proponentes do congresso que dominavam o cenário nacional da assistência psiquiátrica.

As moções aprovadas nesse congresso testemunharam a “tomada de assalto” do MTSM das discussões do evento, demonstrando sua grande influência em aprovar o repúdio à privatização do sistema de saúde, assim como a defesa da representatividade livre nas organizações e o apoio à anistia ampla e irrestrita. Vale ressaltar aqui, o caráter democratizante das posições assumidas pela o MTSM em sintonia com o cenário de redemocratização do país.

O evento foi concluído com a adesão da Associação Psiquiátrica da Bahia, federada da ABP, às mesmas causas do MTSM denunciando a situação crítica da saúde no Brasil, onde a clientela e os profissionais eram reféns da exploração do sistema que ofertava uma má assistência. No mesmo congresso, também foi feita a denúncia do utilitarismo do setor acadêmico em obliterar críticas por conta das pressões do mercado da saúde.

O que se pode notar nas primeiras proposições da MTSM é a crítica à privatização da saúde e às distorções da assistência em diferenciar os tratamentos dispensados a ricos dos ofertados a pobres, reproduzindo a clivagem social na assistência psiquiátrica.

Outro evento importante ocorrido no mesmo ano (1978) foi o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, em outubro no Rio de Janeiro. Contando com a presença ilustre dos principais mentores da “Rede de Alternativa à Psiquiatria” – entidade internacional ligada ao movimento Psiquiatria Democrática e a Antipsiquiatria desenvolvendo grande importância em influenciar, tempos depois, o rumo de radicalização da reforma brasileira – dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, entre outros. Esse evento foi desencadeador para outros que sucederam os quais procuraram aproveitar a vinda dos conferencistas internacionais para suscitar debates no campo da saúde mental. Vale destacar que aqui se dá uma primeira aproximação aos precursores de propostas estrangeiras à psiquiatria, tendo a primeira incursão de reflexões de crítica radical à psiquiatria.

Em janeiro de 1979 é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo. Neste evento, o MTSM

consolida a ideia de luta pela transformação do sistema de saúde, considerando-a atrelada as demais lutas dos setores sociais quanto à democratização e à organização mais justa da sociedade. Para tanto, MTSM propõe como estratégia o fortalecimento de sindicatos, associações e outros movimentos sociais, apontando para uma maior organização dos participantes do movimento em órgãos gestores das políticas nacionais e regionais de saúde mental.

Dessa forma, delineia-se o estratagema de aproximar-se das instâncias decisórias das políticas em saúde mental. Aproximação que lança o MTSM a uma transversalidade a outras lutas do cenário de redemocratização em manter como reivindicações a liberdade democrática; o apoio à anistia ampla, geral e irrestrita; as requisições trabalhistas e o repúdio às formas de repressão – que, para o movimento de reforma em saúde mental, resumem-se na instituição psiquiátrica como dispositivo social que perpetua a lógica repressiva – bem como outros movimentos sociais do mesmo período. O MTSM passa, então, a distanciar-se das solicitações mais corporativistas para se lançar no âmbito mais geral de reivindicação do campo dos direitos.

Amarante (1992) aponta para a importância de autores como Foucault, Goffman, Basaglia, Guattari e outros como referências fundamentais nas primeiras reflexões dos profissionais que compunham o MTSM com o objetivo de problematizarem questões quanto à instituição psiquiatria como dispositivo segregador, disciplinador e normativo das sociedades ocidentais.

O adensamento do pensamento crítico da MTSM se fez perceber no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em agosto de 1980, em Salvador, em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. A aproximação do MTSM com a ABP feita no “Congresso de Abertura” experimenta, neste momento, um distanciamento justamente pela radicalidade da crítica com a qual vinha se desenvolvendo o MTSM. A ABP foi alvo de críticas do MTSM em acusá-la de não-democrática, mesmo sendo signatária ao Movimento de Anistia, porque suas eleições internas não eram por voto direto. As moções aprovadas reivindicavam a democratização da ABP, bem como de suas federadas, e criticavam a privatização dos serviços de saúde denunciando o envolvimento da Federação Brasileira de Hospitais

(FBH), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e de outras multinacionais do empresariado da saúde com a ingerência direta nas instâncias decisórias do poder público.

No congresso, são também problematizadas, questões como a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, que deveria ser levada em conta pelas instituições psiquiátricas; a crítica ao modelo assistencial como “ineficiente, cronificador e estigmatizantes em relação à doença mental” (AMARANTE, 1998, p.56), entre outros temas que denunciaram a mercantilização da loucura pela privatização da saúde e o processo de psiquiatrização social.

No início da década de 80, o Brasil passou por um período grave no campo sócio-econômico. O país foi atingido em cheio pela recessão mundial entrando no quadro financeiro de *estagflação*, período de recessão acompanhado de altos índices inflacionários. Neste período, o Governo brasileiro sofre pelo déficit financeiro, fazendo sentir seus efeitos nas diversas políticas sociais, dentre elas no campo da saúde.

Foi neste horizonte sócio-econômico que surgiu a nova estratégia no setor da saúde para sanar as deturpações nos planos conveniados. Nova configuração de convênio foi proposta entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS).

Denominado ‘co-gestão’, o convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Neste espírito, o MPAS deixa de comprar serviços do MS, nos moldes realizados com as clínicas privadas, e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida (AMARANTE, 1998, p. 58).

Como aponta Amarante (1998), o convênio da “co-gestão” foi “marco nas políticas públicas de saúde, e não apenas da saúde mental”, pois o Estado passa a incorporar setores críticos da saúde mental, bem como o próprio MTSM decidiu assumir estrategicamente esses espaços das políticas públicas, embora se resumissem a poucas unidades hospitalares como as da Dinsam, no Rio de Janeiro, e outros poucos aparelhos em outros estados, no primeiro momento.

Com isso, a arquitetura da co-gestão proporcionou a criação de um modelo de gerenciamento dos hospitais públicos mais dinâmico e descentralizado, rompendo com

velha estrutura assistencial profundamente comprometida e viciada pela prática privatizante.

Portanto, a co-gestão surgiu em resposta à crise previdenciária – que já vinha sendo arrastada durante toda a década de 70 devido o grande “rombo” financeiro realizado pelas clínicas privadas conveniadas por fraudes e irregularidades nos pagamentos públicos dos serviços prestados – e ao sucateamento dos serviços dos hospitalares públicos, processando uma reorientação das políticas da saúde. Tal processo produziu uma integração dos diferentes níveis de atendimento do setor da saúde, implicando os três níveis de governo – federal, estadual e municipal –, da mesma forma que preconizou a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização dos serviços, propostas defendidas pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica.

Uma das metas da co-gestão foi a universalização dos atendimentos e tratamentos no campo da saúde a toda população, não se levando em conta a situação de ser previdenciário ou não dos cidadãos atendidos. Tal proposta junto a outras pela gestão da co-gestão foram precursoras das proposições do Sistema Único de Saúde (SUS), somente referendado na Constituição de 1988 como política nacional de saúde.

Outras experiências da co-gestão, já no setor da saúde mental, foram as transformações nos serviços prestados nas unidades do Disam. Os serviços oferecidos pelos aparelhos sofreram uma reorientação para a perspectiva de atenção preventivo-comunitária. Unidades como Pinel e CPP II encamparam a política ambulatorial no território como alternativa para se desestimular as internações, desenvolvendo prontas intervenções, diagnósticos e tratamentos imediatos e criando equipes multiprofissionais. Já a CJM, priorizou uma política de ressocialização dos internos devido o caráter asilar da instituição – a maioria dos pacientes tinham mais de 21 anos de internação. Para tanto, foi construído outro hospital para os atendimentos emergenciais e de internações rápidas para a região com a finalidade de não aumentar o quadro de internos da CJM. Deste modo, tornou-se visível a política de desmantelamento do espaço asilar promovido pela co-gestão pela ênfase na atenção à saúde mental, assim como o realocação de investimentos para o setor público, diminuindo, conseqüentemente, as verbas destinadas aos convênios privados.

Um dos amplos contestadores dessa política de co-gestão foi o setor da psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) tendo em vista a defesa de seus interesses empresariais. Com a realocação de investimento pelo Estado para os setores públicos de atenção à saúde, a FBH sentiu ameaçados seus lucros advindos dos pagamentos públicos pelas internações e tratamentos das clínicas privadas.

O que se colocou em pauta neste enfrentamento foram diferentes propostas do cuidado dispensado à loucura: de um lado a FBH, na defesa da manutenção do modelo asilar hospitalocêntrico no molde privatizante que garantiria a rentabilidade financeira às clínicas privadas; de outro, a política da co-gestão, que se aproximava ao modelo de atenção comunitário-preventivo focado no atendimento do louco na comunidade de referência por meio de ambulatórios a fim de estancar os níveis de internações, para tanto, implementando investimentos e aumento no quadro de profissionais públicos.

Contudo, essa “queda de braço” é resolvida pela ampliação da política da co-gestão para a rede nacional de assistência à saúde através da criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciário (CONASP) em 1981 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselho que contou com a participação, não-paritária, de representantes governamentais, patronais, universitários, do campo médico e dos trabalhadores. A CONASP implantou, nacionalmente, o plano na área da saúde inspirado nas experiências da co-gestão bem como outras experiências em localidades municipais que adotaram os princípios de integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde.

“O plano do CONASP”, como foi conhecida a estratégia do CONASP na área da assistência psiquiátrica, adotou as mesmas diretrizes propostas pelas postulações técnicas da OPAS/OMS, entre as quais se encontravam as “da descentralização executiva e financeira, da regionalização e hierarquização de serviços e do fortalecimento da intervenção do Estado” (AMARANTE, 1998, p.66). Esse plano retomou perspectivas lançadas pelo “Manual de Assistência Psiquiátrica”, elaborado a partir das pesquisas de Luiz Cerqueira nos anos 70, tendo como recomendações

a universalização da assistência, a regionalização do sistema de saúde, a coordenação tripartite (Previdência Social, Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde), a hierarquização dos

serviços, públicos e privados, de acordo com o grau de complexidade, como mecanismos de referência e contra-referência, a descentralização do planejamento e execução das ações, a desburocratização do atendimento ao público, a valorização dos recursos humanos do setor público, a vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde da sua área e o controle dos setores públicos/privados, através do sistema de auditoria médico-assistencial (AMARANTE, 1998, p.66).

O interessante, a saber, é que, neste momento, a trajetória do movimento da reforma psiquiátrica brasileira passa a estar atrelada às políticas públicas da saúde, pois quadros do MTSM são incorporados ao aparelho do Estado passando a gerir diretamente as políticas públicas da saúde mental e da assistência psiquiátrica, primeiramente, com a experiência da co-gestão e, depois, com o plano CONASP e outras experiências regionais.

Neste momento, o movimento toma duas linhas de ação: a primeira, de assegurar a implementação de políticas de saúde mental defendidas no aparelho do Estado, adotando uma posição “estatizante” em acordo com outros movimentos de cunho progressista de partidos, sindicatos e associações; a segunda, de enfrentar as investidas de grupos contrários a essas políticas combatendo, principalmente, a FBH e os setores conservadores de correntes “organistas” ou “psicologizantes” presentes tanto na ABP quanto na academia.

Amarante (1998) coloca que, neste momento, o MTSM encontrou-se dividido em duas parcelas: uma, opta por entrar nas instituições estatais para atuar no espaço de implementação de transformações partem da criação de associações de funcionários, da participação da comunidade na gestão da instituição, até a superação do manicômio pelas mudanças nas práticas assistenciais; outra, de características mais sindicais, decide atuar na vigília à primeira tentando zelar por melhores condições de assistência e trabalho.

O mesmo autor aponta que ao emparelhar-se ao Estado, o movimento perde seus principais projetos e bandeiras de origem por uma parcela deste manter a crença nas suas boas intenções e ações junto às políticas públicas. Já a outra parcela, sindical, furtou-se às perspectivas originárias ao acreditar na “visão socializante da loucura e da instituição psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, p.68) que crê que a simples

superação da repressão na sociedade daria conta da extinção dos dispositivos de controle.

Vale ressaltar que nesta etapa da trajetória do movimento de reforma psiquiátrica, o movimento aproximou-se das lutas e solicitações de reforma sanitária, tomando corpo nos “avanços” das políticas públicas na área da saúde, de forma geral.

Então, a partir de 1985, a maioria dos cargos de chefia dos programas de saúde mental assim como de algumas unidades hospitalares encontravam-se coordenados por fundadores ou ativistas do MTSM. Destacaram-se os estados da região sudeste onde a grande maioria desses espaços foi ocupada pela MTSM. Isso se deve ao empenho dispensado pelas lideranças do movimento que, ao longo do tempo, encarregaram-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas ideias e formar novos militantes, como atenta Amarante (1998).

No mesmo ano, foi organizado o I Encontro de Coordenadores de Saúde da Região Sudeste em Vitória, no mês de setembro. Essa iniciativa foi uma estratégia de articulação dos dirigentes das políticas de saúde mental e assistência psiquiátrica da região sudeste de refletirem sobre suas práticas, visando criar mecanismo e condições para o fortalecimento e cooperação mútua dentro do movimento.

Como afirma Amarante (1998):

Objetivo geral do encontro é discutir os programas, projetos e planejamento nas instituições, assim como formas de trabalho integrado e a definição de uma política de saúde mental para a região. Como objetivo específico, pretende-se aperfeiçoar as ações integradas de saúde mental em um sistema único de saúde, visando à formulação da política nacional de saúde mental (p.71).

Para tanto, discutiu-se a situação contemporânea dos serviços dispensados na área de saúde mental e constatou-se, por meio dos relatórios estaduais, ainda o predomínio do caráter hospitalocêntrico e privado dos cuidados psiquiátricos. Neste sentido, apontou-se a necessidade de estabelecer-se uma regionalização, hierarquização e integração das instituições da área da saúde mental assim como a implicação maior da comunidade nas decisões dessas políticas públicas, adotando-se, com isso, a estratégia de reduzir os leitos hospitalares através da ampliação do sistema extra-hospitalar e do deslocamento de alguns leitos psiquiátricos para hospitais gerais,

já que estes se caracterizariam por internações rápidas. Essas medidas defendiam explicitamente o fortalecimento de serviços públicos em detrimento aos serviços privatizados.

Também se apontou a necessidade do aumento dos recursos humanos implicados no sistema de saúde mental, a formulação dos profissionais e isonomia salarial para diferentes cargos.

O relatório final do encontro defendeu o fortalecimento do Disam, da CONASP e todos outros planos e medidas de apoio a políticas alternativas assim como “o controle eficaz sobre consumo de psicotrópicos, discussão ampla referente à assistência, direitos humanos, legislação civil e penal pertinente ao doente mental” (AMARANTE, 1998, p.72).

O I Encontro de Coordenadores foi sucedido por outros encontros estaduais no eixo da região sudeste até 1987 que visaram afirmar os mesmos objetivos e estratégias propostos do I Encontro. Além de reafirmarem as propostas de revisão de direitos legislativos dos doentes mentais, visando garantir serviços mais humanizados e alternativos a população portadora de transtornos mentais, esses encontros foram marcados, principalmente, pela abertura à adesão e à implicação de entidades e associações de familiares, pacientes e a comunidade em geral.

Em paralelo a estes eventos, ocorreu, em 1985, em São Paulo, o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo o qual foi organizado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, ao invés de ter sido realizado pelo MTSM. O fato importante que ocorreu neste congresso foi o surgimento de um grupo dissidente ao MTSM: o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse grupo cindiu com o MTSM ao denunciar a cooptação do movimento pela adesão maciça aos planos públicos, perdendo de vista com esta institucionalização as bandeiras e as perspectivas originárias do MTSM. O Plenário assume grande importância no período posterior na trajetória da reforma influenciando grandes transformações nas proposições do MTSM.

Amarante (1998) destaca sobre a significação do termo plenário utilizado por este grupo crítico ao MTSM:

O termo plenário era utilizado com dois objetivos principais. Primeiro, para demarcar uma diferença em relação ao MTSM, que

vinha sendo comandado por lideranças consideradas ultrapassadas e, acima de tudo, por lideranças muito comprometidas com o poder público. Segundo, com o propósito de imprimir um compromisso com a dinâmica participativa e democrática (AMARANTE, 1998, 79).

Após o seu surgimento, o Plenário desencadeou alguns encontros a fim de fomentar discussões quanto à saúde mental e a assistência psiquiátrica e, cada vez mais, aproximou-se das perspectivas e propostas de ruptura da tradição basagliana, notada pelo convite a Franco Rotelli, então secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, a um dos seus eventos.

Nesse mesmo período ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que abriu novos caminhos para a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira assim como alavancou diversas questões que foram debatidas nos encontros estaduais na região sudeste – já citados. Em meio a efervescência do contexto social de redemocratização por meio dos movimentos das “Diretas já” e “Nova República”, essa conferência de saúde rompe com a tradição tecnocrática-acadêmica que dominava eventos iguais a este para presenciar a intensa e ampla participação da sociedade civil por intermédio da adesão de diversas associações e entidades de representação popular.

A maior contribuição realizada neste evento foi elaboração de uma nova concepção de saúde – entendida, a partir de então, como um direito do cidadão e dever do Estado – que dela se derivou princípios básicos como a universalização, descentralização e democratização do acesso à saúde. Tal nova conotação implicou em ver o Estado como a primeira e principal instância a zelar pela saúde, passando a compreendê-la como qualidade de vida. Com isto, rompeu-se a conceituação resumida de saúde como padrão normal da ordem biológica.

Um trecho do relatório final ilustra tais perspectivas, no tópico “A Saúde como Direito”:

- 1) Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

- 2) A saúde não é conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade; (...) (BRASIL, 1986, p.4).

Assim, os princípios básicos lançados nesse congresso consolidam as propostas para o futuro SUS (Sistema Único de Saúde), ratificada pela Constituição Nacional de 1988. Além disso, foi verificada a assunção de um novo ator social das lutas na área da saúde: os representantes populares.

Se os avanços se consolidavam na trajetória do movimento nos congressos, encontros e eventos nacionais ou regionais organizados pelo MTSM, no cenário político da saúde mental não se deu no mesmo modo.

Enquanto a FBH se silenciou após o revés sofrido pela aceitação e ampliação das políticas anti-privatizantes da co-gestão e do plano do CONASP, a ABP, que acompanhava com cautela a trajetória do movimento até meados dos anos 80, distanciou-se e, logo, rompeu com o MTSM. Para tanto, assumiu a direção da Disam como espaço estratégico para fazer frente às implementações nas políticas públicas feitas pelo movimento da reforma.

O que delineou foi um cenário de conflito entre MTSM e a ABP conjuntamente com outros segmentos acadêmicos de visão orgânico-cognitivista, que se tornou mais perceptível após a 8ª Conferência Nacional de Saúde com a ocupação e ascensão dos novos atores sociais pela maior participação popular neste evento, que, além do mais, eram alinhados às perspectivas do MTSM. Tanto a direção da Disam como do Ministério da Saúde se colocaram resistentes à organização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, prevista na 8ª Conferência, pois divergiam com as propostas do MTSM.

Contudo, como a maioria dos cargos de chefia tanto do Ministério da Saúde (MS) quanto do Disam e de outras coordenadorias estaduais e municipais se

encontravam ocupadas por militantes do MTSM, o movimento organizou algumas conferências estaduais depois da 8ª Conferência a fim de pressionar o MS e a Disam para a realização da conferência nacional de saúde mental.

Então, foi em meio a esse contexto de embate que se realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental na UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) em junho de 1987. A própria conferência foi marcada pelo ameaça de abandono da Disam e a ABP, organizadoras do encontro, pela rejeição pela plenária do regulamento imposto pelos organizadores em tornar o evento um caráter técnico e conferencial, portanto, abrindo mão da participação popular.

Nesta conferência, ocorreu o encontro dos antigos militantes da MTSM, marcando, enfim, um importante momento histórico dos rumos do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Amarante (1998) destaca alguns pontos significativos desse “encontro” que justifica como marco da trajetória reformista:

Em primeiro lugar, pela significativa renovação teórica e política do MTSM que passou a ocorrer a partir de então; segundo, por ter demarcado o início de um processo de distanciamento entre o Movimento e o Estado e suas alianças mais tradicionais; e, terceiro, pela aproximação do MTSM com as entidades de usuários e familiares, que passaram a surgir no cenário nacional, ou que sofreram um processo importante de renovação política e ideológica (AMARANTE, 1998, p.80).

Paralelamente a conferência, o MTSM organizou alguns encontros para se discutir sobre os rumos do movimento. Nestes encontros, tornou-se clara a necessidade de desvinculação do Estado e assumir através do movimento independente uma intervenção e ampla discussão com a sociedade quanto à loucura e à psiquiatria.

É interessante saber que houve um “metabolismo” nas ideias do movimento neste intervalo conferencial e de encontros nos bastidores. As discussões empreendidas nestes espaços fomentaram o discurso crítico às estratégias públicas de cunho preventivo-comunitárias. Começava a se tornar clara que a renovação das técnicas administrativas no campo assistencial não dariam conta da condição social nem do sofrimento do louco. As questões da loucura e da psiquiatria deveriam transcender o tecnicismo das discussões para se instalar no campo sociocultural.

Foi dentro dessa perspectiva que foi organizada o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru em dezembro de 1987. Após 8 anos da primeira conferência, o “Congresso de Bauru”, como foi conhecido esse segundo encontro, marcou a ascensão do lema “Por uma sociedade sem manicômios” – escrito no “Manifesto de Bauru” – no qual se consolida a nova trajetória da reforma psiquiátrica brasileira: a de ruptura com os processos de modernização dos dispositivos psiquiátricos em favor de sua superação defendendo o discurso da “desinstitucionalização da loucura”.

As palavras marcadas no próprio “Manifesto de Bauru” foram testemunhas dessa transformação:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

(...)

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical (MTSM, 1987, p.4).

Assim, foram acrescentadas novas palavras ao léxico do movimento. Loucura passa a ser o termo utilizado ao invés da doença, esta sim denunciada pelo movimento como mercadoria comercializada pelo sistema de saúde mental. Emprego de palavras duras e críticas à psiquiatria denota a transformação para a radicalidade do discurso do MTSM no caminho da trajetória da reforma. Re-situou-se os planos e ações do

movimento que passaram a encarar como função e vocação dos profissionais da saúde mental discutir com a sociedade sobre a loucura e a assistência a ela dispensada.

Amarante (1998) afirma que essa transformação nas proposições do movimento se deu muito por conta da importante influência do Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental que induziram um retorno do MTSM a suas teses originais, agora mais claras e radicais. O mesmo autor aponta para a aproximação das propostas do movimento com o projeto desinstitucionalização na tradição basagliana:

no campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento (AMARANTE, 1998, p.81).

A partir daí, foram experimentadas algumas ações importantes no âmbito social e de serviços que consolidaram a nova perspectiva da trajetória da reforma psiquiátrica. Uma delas foi o crescimento e maior implicação do papel social das associações e entidades de usuários e familiares dos serviços de saúde mental. Destacaram-se a criação e protagonismo da associação em torno do Juqueri, em São Paulo, “Loucos pela Vida!”; a revitalização da participação social da SOSINTRA – associação de familiares do Rio de Janeiro que vinha desempenhando um papel meramente utilitarista até então; entre outras associações e entidades de usuário, familiares, voluntários e interessados que surgiram pós-Bauru que desempenharam protagonismo nas lutas para criação de novos dispositivos e políticas de cuidado com a loucura junto ao MTSM.

No mesmo ano da Conferência de Bauru, em 1987, criou-se o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – mais conhecido como CAPS Itapeva –, em São Paulo, exercendo grande influência na criação e transformação dos serviços de saúde mental em todo país.

Anos depois, em 1989, outra experiência assumiu grande repercussão nacional: a intervenção da Secretária de Saúde da Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta. A desconstrução deste hospital psiquiátrico privado, desencadeado pelas denúncias de maus-tratos e todo tipo de barbaridades do serviço, proporcionou uma das mais ricas experiências de construção da rede substitutiva regionalizada – os

NAPS's (Núcleos de Apoio Psicossocial) à assistência psiquiátrica manicomial no município aos moldes da tradição basagliana.

Tamanha repercussão dessas experiências fez-se sentir na regulamentação pelo Ministério da Saúde em implantar e financiar os serviços CAPS/NAPS em todo território nacional, em 1989. Ainda no campo jurídico-político, surgiu a proposta de Lei 3.657/89, no mesmo ano, do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) que previa a desmontagem da rede manicomial de serviços para ser substituída pela nova proposta de atenção territorial à saúde mental no modelo da experiência santista.

Desde então, prosseguiram-se avanços do movimento de reforma psiquiátrica brasileira na mesma perspectiva de desinstitucionalização, obtendo sua maior conquista em 2001: a aprovação, depois de longos anos de tramitação no Senado, da proposta de lei do deputado Paulo Delgado, agora ratificada como a lei nº 10.216 - reconhecida também como lei antimanicomial, ou lei "Paulo Delgado" – que decretou, como política pública nacional, a implantação e financiamento da rede territorial de atenção à saúde mental, prevendo a substituição gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos – aos moldes da tradição basagliana.

Grande vitória do movimento em seu discurso de desinstitucionalização, que representa um capítulo importante da história que ainda hoje se constrói através da implementação dos serviços substitutivos, ao mesmo tempo, enfrenta novas intempéries.

Entretanto, para os fins desta pesquisa, privilegiou-se o período histórico entre 1978, com nascimento do MTSM por uma Reforma Psiquiátrica a partir da "crise da Disam", até aproximadamente 1987, com o surgimento e ampliação da nova etapa da desinstitucionalização da trajetória da reforma, que, depois, desdobrou-se em todas experiências e consolidações até quando são assumidas como políticas públicas oficiais, já no cenário mais contemporâneo.

Nesse período privilegiado, visou-se salientar os principais acontecimentos que marcaram essa trajetória da reforma psiquiátrica transitando entre espaços, ora de debates sindicais, populares, não-institucionais; ora nas coordenações das políticas oficiais, com o propósito de rastrear as vicissitudes desse caminho singular

empreendido por diferentes atores que se configurou como movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

Por fim, passa-se agora para a discussão e reflexão dessa trajetória no próximo capítulo.

Discussão

Neste capítulo, desenvolvemos certas reflexões quanto aos acontecimentos da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira no período compreendido entre 1978 – a “crise da Dinsam” – e, aproximadamente, 1987 – quando o movimento de reforma passa a defender a desinstitucionalização da loucura como discurso-prático de suas ações desencadeando, a partir de então, experiências de atenção à saúde mental que influíram nas modificações políticas e legislativas em âmbito nacional para implantação de serviços substitutivos mais atualmente –, sem perder o horizonte da relação de forças e das transformações em que a assistência psiquiátrica e a atenção à saúde mental sofreram no decurso do século XX, na qual a reforma brasileira também se inseriu.

A psiquiatria nasceu como saber médico da loucura nos fins do século XVIII para o século XIX. Este saber se constituiu dentro de instituições antigas da era clássica que possuíam a função social de “isolar” e “corrigir” aqueles cujos comportamentos desviantes fazia perturbar a ordem social, dentre estes se incluía o louco. Foi por intermédio do estudo de Foucault (2008) que se pode evidenciar isso: não foi por meio do conhecimento psiquiátrico que se construiu uma prática social de exclusão para a população de loucos com o propósito de se efetivar seu tratamento, mas todo um aparato de isolamento já consolidado na época clássica – o “Grande Enclausuramento” – foi o *a priori* histórico para a ascensão do saber médico sobre a loucura.

Ora, se a psiquiatria, antes de tudo, constituiu-se como a instituição herdeira da função de controle social a executar, entre os poderes administrativos e jurídicos, a correção da loucura, fez-se, na mesma medida, necessário a transformação do espaço de isolamento clássico para situar o louco como objeto único e fundamental a ser excluído e estudado.

As transformações do espaço correccional ocorreram durante o século XVIII ao mesmo tempo em que foram influenciadas por outras mudanças no campo social,

econômico, político e científico. A necessidade imperativa na economia capitalista incipiente de ampliar as forças de produção aliou-se ao processo de esvaziamento das instituições de internação, ambas situando-se paralelamente ao movimento do conhecimento médico em consolidar-se e reconhecer-se no espaço clínico (FOUCAULT, 2001). Todas essas mudanças da paisagem social e do cenário do internamento configuraram as condições existenciais necessárias para a loucura passar a ser compreendida como “alienação”.

Foi por meio do espaço de alienação que a loucura deixou de incorrer nos erros da norma geral do mundo para se inscrever como alheia à essência humana; como impossibilidade individual de referir-se a sua própria verdade. Esse não foi o ato inaugural da destituição da loucura de sua verdade e de algum *status* social, mas o desfecho de um longo processo de sujeição que possibilitou e justificou todo tipo de ação, correção, tratamento e exclusão da loucura do horizonte social desde a época clássica (FOUCAULT, 2001).

Essa condição de alienado foi a conjuração necessária para situar o louco como “objeto” do discurso que procurava pretensiosamente tornar-se científico nos fins do século XVIII: a psiquiatria. Foi pela explicação desse saber médico que se encontrou a justificação para o isolamento como prática primordial do tratamento da loucura e para toda ação de sujeição como modo correcional do comportamento insano.

Portanto, o estatuto do louco como alienado foi o alicerce fundamental para a psiquiatria do século XIX. Foi a objetivação do louco que configurou as condições de possibilidade da loucura ser entendida como “doença mental”. A “cura” desta doença somente podia ser “criada” no isolamento às condições adversas do meio social a fim de deixar evidente sua essência de puro erro humano, para tanto, subdividindo-a em categorias para, então, empreender a correta “ortopedia” de restituição da norma para cada caso.

Do espaço de alienação da loucura construíram-se as impropriedades do louco como impossibilitado a produção laborial bem como a incapacidade ao convívio social por sua periculosidade intrínseca.

Amarante & Torre (2001) apontam como o conceito de alienação produziu um lugar destituído de cidadania para o louco:

O conceito de “alienação” produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para torna-se objeto do alienismo⁹ (AMARANTE & TORRE, 2001).

Se a psiquiatria fundou-se por meio do isolamento prévio do louco, perpetuada pelo discurso “científico” de alienação que objetivou a loucura em doença mental, a destituição de qualquer cidadania era o elemento necessário para a manutenção do sistema psiquiátrico. Ora, se o louco não possui a capacidade de arbitrar sobre suas escolhas, por que outra liberdade senão aquela encerrada pelos muros do asilo bem como o tratamento, o único direito que lhe cabia?

Contudo, o método certo do discurso-prático da psiquiatria, que se tornara hegemônico no mundo ocidental no século XIX, mostrou não ser tão verossímil quanto parecia durante o século XX. As críticas cresceram e tornaram-se radicais até o ponto insustentável da permanência das práticas asilares como assistência dispensada aos loucos.

Mas o que se tornara insuportável para sociedade ocidental que antes era percebido como pura evidência? O que se viu no decorrer do século XX, como pode ser constatado em autores como Castel (1978), Amarante (2007) e Birman (1992), foi que por meio de algumas experiências de assistência psiquiátrica tornou-se evidente que o louco não era um indivíduo totalmente impossibilitado ao trabalho, nem tão instável e perigoso ao convívio social como se acreditava. Incomodas indagações surgiram ao se saber da experiência da aldeia belga de Gheel onde loucos tinham a liberdade e a possibilidade ao trabalho e ao convívio com as famílias camponesas, ou o exercício da praxiterapia de Simon no início do século XX que reafirmava o potencial laborial dos loucos.

Foram as mudanças das instituições sociais assim como sua “percepção” do horizonte social, político e econômico que possibilitaram um olhar diferente para a loucura alienada.

⁹ O termo “alienismo” é aplicado em referência ao discurso psiquiátrico do século XIX o qual se debruçava sobre o estudo da “alienação mental”.

A paisagem social europeia passou por profundas transformações, principalmente no decurso da Segunda Guerra Mundial. A Europa foi o grande palco da Segunda Guerra e, por isso, sentiu de perto o aumento de sua população de doentes, muitos deles jovens que lutaram nas linhas de batalha. Consequentemente cresceu o número de internos nos asilos europeus, enquanto, na economia, viu-se um declínio acentuado da produção industrial.

Deste modo, o papel do Estado, como “dirigente supremo das vidas no contexto da guerra”, foi reforçado a fim de se zelar os direitos e os rumos das nacionalidades. No campo dos direitos, começou-se aventar a ideia do direito à saúde; mudança radical, pois, até então, o que era garantido era o direito a vida. Não somente a saúde deveria ser zelada pelo Estado, mas a boa saúde (BIRMAN & COSTA, 1994, p.46).

Sobre tal mudança na concepção no campo dos direitos, mais particularmente o da saúde, no contexto da Segunda Guerra Mundial ao se referir ao plano de reorganização do sistema de saúde lançado pela Inglaterra que influenciou vários países no mesmo período, Foucault comenta:

A data deste plano tem um valor simbólico. Em 1942 se estava em plena II Guerra Mundial, que matou 49 milhões de homens. E é em meio a esta guerra que se encontra afirmado, não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo, o direito da saúde. No momento em que a guerra devasta, uma sociedade se atribui à tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde (BIRMAN & COSTA, 1994, p.46).

A nova mentalidade europeia se pôs na tarefa de reivindicar o direito à boa saúde, ao bem-estar civil. Essa mudança de consciência de direitos, mais especificamente quanto ao novo paradigma da saúde, e os imperativos econômicos de readaptação da força de trabalho doente configuraram as condições possíveis para se lançar outro olhar sobre a loucura. Olhar que perturbou a condição de alienado na qual se inscrevia o louco; que o tomava, de antemão, como erro humano, delírio, a ser silenciado e corrigido pelo tratamento moral. Essa perspectiva construiu a abertura que possibilitou perceber a posição de cidadania para o louco.

Triste golpe à psiquiatria que de benfeitora da assistência e tutela da loucura passou a ser entendida como prática deturpada que confinava seus doentes nas mais atrozes condições de penúria e sujeição. O asilo, lugar do tratamento, passou a ser comparado aos campos de concentração da guerra, portanto, representando uma situação inaceitável para sociedade ocidental pós-guerra. Fato irônico, pois as mãos que faziam a “cura” da doença mental outrora, nesse momento, foram denunciadas por serem as que produziam a “cronificação” da doença.

Foram na perspectiva do paradigma da saúde que se desenvolveram projetos de transformação da assistência psiquiátrica em meados do século XX. Como Birman & Costa (1994) colocam, a psiquiatria, implícita ou explicitamente nessas experiências, orientou seu foco para um novo objeto de suas práticas: a saúde mental. Virtualidade a ser despertada e desenvolvida nos doentes mentais (ou em qualquer suspeito¹⁰), a saúde mental era entendida como capacidade de adaptação social inerente ao humano, o que garantiria a inclusão do doente no circuito social.

Subjacente às reformas da psiquiatria, delineou-se a questão da cidadania dos loucos. Para Birman (1992), tal questão permaneceu como um paradoxo, pois por mais que se pensasse em concessões de direitos aos loucos, era inerente e fundamental a posição como alienado ao paradigma científico da psiquiatria. Este autor expõe essa questão como “a cidadania tresloucada” do louco, já que existe uma inflexibilidade estrutural da psiquiatria em não conseguir reconhecer que o louco poderia não ocupar uma condição alheia a si próprio e, portanto, de ser um sujeito de direitos.

Justamente neste ponto, as experiências da antipsiquiatria e, especialmente, da tradição basagliana incidiram críticas radicais não somente aos modos e práticas da psiquiatria clássica e das “psiquiatrias reformadas”, mas ao próprio saber psiquiátrico. Essas experiências romperam com o saber psiquiátrico com o propósito de criar novos dispositivos sociais que re-situassem socialmente o louco em sua diferença.

Mas as questões desta pesquisa persistem: como se deu a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira e quais foram as implicações das transformações da

¹⁰ Termo usado em referência aos possíveis doentes mentais a serem detectados nas comunidades segundo a proposta da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana postulada por Caplan (AMARANTE, 1998; BIRMAN & COSTA, 1994).

assistência psiquiátrica e atenção a saúde mental no âmbito internacional nessa trajetória?

Amarante (1998) contextualiza o período histórico no qual se desencadeia o processo de reforma psiquiátrica brasileiro. O autor aponta para a similitude entre contexto sociopolítico brasileiro e o cenário social europeu pós-guerra, e como ambos cenários propiciaram condições para o questionamento das instituições psiquiátricas clássicas¹¹.

Em processo em muito semelhante ao ocorrido na Europa, durante o pós-guerra, a sociedade brasileira mostra-se perplexa com a violência com a qual as instituições públicas tratam os seus cidadãos enfermos ou sem recursos. A violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie (AMARANTE, 1998, p.90).

O horizonte social brasileiro nos fins da década de 1970 passava por transformações profundas. Os brasileiros presenciavam, após longo período de ditadura militar, o início da abertura política do país. Em tal conjuntura de redemocratização, cresceram as reivindicações quanto ao campo dos direitos dos cidadãos, colocados em suspensão ao longo do período ditatorial. Tornava-se insuportável qualquer forma de violência instituída pelo Estado, estendendo essa reclamação também a todo dispositivo institucional que perpetuava tais agressões.

Foram neste panorama de redemocratização que também se inscreveram as reivindicações no campo da saúde, mais especificadamente, na área da saúde mental. Tornava-se intolerável o modelo hospitalocêntrico dos serviços, quase todos privados, dispensados à população de doentes mentais, os quais foram denunciados pelas deploráveis condições em que os internos eram “tratados” bem como, no caso dos particulares, as inúmeras irregularidades e fraudes de superfaturamentos nas cobranças dos serviços ao poder público. Em um ambiente no qual se lutava pela democracia das relações, passou a ser insustentável a posição de cidadania nula na qual se encontrava o louco.

¹¹ O termo clássico, aqui empregado, refere-se ao discurso-prático da psiquiatria centrada no sistema hospitalar, e não ao período histórico da era clássica.

De forma parecida ao contexto histórico da Europa pós-guerra, as mudanças no campo sociocultural aliadas a imperativos econômicos propiciaram a abertura às críticas e novas propostas ao sistema asilar hegemônico.

Com o fim do “milagre econômico” no início da década de 70, o Governo brasileiro intensificou a privatização dos serviços de assistência psiquiátrica. Isso permitiu a emergência de críticas ao modelo assistencial vigente como, por exemplo, as articuladas no “Manual de Assistência Psiquiátrica”, de Luiz Cerqueira, ao sustentarem uma proposta de reorganização do sistema pela estatização dos serviços e redistribuição destes no modelo da psiquiatria preventivo-comunitária estadunidense (PAULIN & TURATO, 2004).

De mesmo modo, a crise na Previdência Social, criada pelas fraudes e superfaturamento dos setores conveniados, redundou nas denúncias ao sistema psiquiátrico que geraram a “crise da Dinsam” e, a partir de então, o processo de lutas da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

Entretanto, de modo algum essa comparação pretende ser entendida como um “continuísmo”, ou “paralelismo”, de fatores históricos entre contextos diferentes, pois isso acarretaria na perda das peculiaridades existentes nesses diferentes cenários. Mas o que se pretende atentar é que as vicissitudes do horizonte sociocultural e econômico, incluídas todas as especificidades de cada contexto, construíram condições possíveis para se questionar e propor mudanças às práticas e ao saber psiquiátrico (FOUCAULT, 2003; MACHADO, 1981).

Além disso, pode-se evidenciar a implicação dos questionamentos e desdobramentos destes do cenário europeu-estadunidense no brasileiro. O discurso preventivista norte-americano influenciou diretamente as propostas de atenção à saúde mental durante a década de 70 assim como se efetivou em iniciativas públicas de atenção, na década de 80, durante a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Já as propostas de cunho basagliano provocaram profundas influências nos rumos da trajetória da reforma na segunda metade da década de 80 (AMARANTE, 1998).

De forma geral, a própria ideia do direito à saúde, à boa saúde, que orientou os discursos de reforma no campo da medicina e, especialmente, da psiquiatria na conjuntura ocidental pós-guerra, tornou-se discurso patente das solicitações do

panorama de redemocratização no Brasil, defendido pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica.

Assim, no campo de reivindicação dos direitos, pode-se aventar quanto à cidadania do doente mental, produzindo o questionamento sobre o paradigma asilar psiquiátrico brasileiro.

Foi em meio a essas reivindicações e denúncias que se deflagrou o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Amarante (1998) subdivide, para fins metodológicos, a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira em três momentos.

O primeiro deles, o autor considera como a “trajetória alternativa”. Nesta, o processo de reforma psiquiátrica se inscreveu entre outros no panorama geral de movimentação política na conjuntura dos últimos anos do regime militar.

Este é um momento em que a estratégia autoritária começa a defrontar-se com seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da sempre crescente perda de participação e ingresso social das classes médias e baixas. O ‘necessário afrouxamento’ da censura faz transparecer as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos, que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho. Aqui são plantadas as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos e entidades da sociedade civil. Nesta conjuntura, crescem os movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começam a demandar serviços e melhorias de condições de vida (AMARANTE, 1998, p.89).

Portanto, o discurso em defesa da saúde e, especificamente, da saúde mental se inseriram em meio ao discurso maior, e veemente, dos direitos a serem garantidos pelo Estado, que se demonstrava naquele momento “fragilizado” frente à participação ampla de diversos atores sociais na defesa de suas liberdades e direitos.

Desse modo, com o apoio e subsídio político do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), grande protagonista da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1992), muitas vezes se tornando sinônima do movimento da reforma psiquiátrica.

O MTSM, desde o início, caracterizou-se por ser um movimento heterogêneo e diverso em concepções, críticas, composição e organização. Tal configuração, destaca Amarante (1998), esteve ligada a opção do movimento de permanecer não-institucionalizado como organização política, pondo-se sempre “em movimento” para evitar a cristalização e unilateralidade, características inerentes às típicas instituições. Essa peculiaridade do MTSM foi fundamental para a transformação dos caminhos da reforma psiquiátrica em meados da década de 80 por meio da oposição crítica do Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental quanto à postura institucionalizante de parte do movimento que havia se atrelado ao poder público, marcando decisivamente os rumos do movimento da reforma psiquiátrica ao aproximar-se do discurso de desinstitucionalização da tradição basagliana.

Contudo, no princípio, o discurso reivindicativo do MTSM se misturava às solicitações de âmbito técnico-administrativo da assistência psiquiátrica até as reclamações de cunho abrangente do cenário de redemocratização, como a liberdade democrática e a anistia geral e ampla. Aos poucos, o discurso heterogêneo foi se delineando as especificidades do campo da saúde mental, passando a sistematizar suas “denúncias de violência, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante” (AMARANTE, 1998, p.90). Mesmo com a delimitação de bandeiras na área da saúde mental, o MTSM não deixou de atrelar-se, neste primeiro momento, às reivindicações dos direitos gerais da sociedade.

Para fundamentar seus pensamentos críticos, os participantes do movimento lançaram-se no estudo dos principais mentores e pensadores da crítica ao modelo médico tradicional que problematizassem a natureza e a função social das práticas das instituições, especialmente, da psiquiatria. Ainda neste primeiro momento, o movimento entra em contato com esses autores críticos à psiquiatria clássica no I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978 (AMARANTE; 1998, 1992). Destaca-se aqui a influência e a implicação direta das formas de conhecimento, saber, desenvolvidas em âmbito internacional da crítica à psiquiatria e ao modelo das ciências naturais no pensamento do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica.

Dessa forma, o MTSM começou a questionar o *locus* social do louco como alienado, produzindo um olhar que encontrou neste uma “cidadania tresloucada” (BIRMAN, 1992), excluída pelo sistema normativo dominante. Esta constatação fez imbuir o movimento no projeto de superar os espaços de exclusão, institucionalizados pelo sistema hospitalocêntrico hegemônico, no intuito de restituir aos loucos a posição de sujeito de “produção de obra”. Criou-se, neste momento, um sentimento de débito pela cidadania perdida dessa parcela de doentes negligenciados pelo sistema (BIRMAN, 1992).

Neste mesmo princípio momento, o MTSM conseguiu catalisar forças com outros discursos dissidentes às instituições hospitalares hegemônicas em nível nacional por intermédio dos congressos do campo da saúde mental realizados em fins da década de 70. Desse modo, o movimento produziu grande repercussão de suas críticas no panorama social.

O segundo momento da trajetória da reforma psiquiátrica indicada por Amarante (1998) foi a “trajetória sanitarista”. Parte significativa do MTSM, no início da década de 80, declaradamente assumiu a estratégia de ocupar posições decisórias nas políticas públicas com o propósito de efetivar as transformações defendidas da assistência psiquiátrica nacional.

Neste momento, a trajetória da reforma psiquiátrica traçou os mesmos rumos da reforma sanitária em optar atrelar-se ao Estado para efetivar as mudanças no sistema de saúde. Ao mesmo tempo, o Estado, por sua vez, fez o movimento de absorver os setores críticos dos movimentos sociais, principalmente da área da saúde, a partir da renovação do sistema tecnocrata público, por um lado, para obter legitimidade, por outro, para apaziguar o fomento crítico radical que se desenvolvia no movimento de reforma psiquiátrica.

o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem. O Estado autoritário moribundo, especificamente no setor saúde, na sua necessidade de alcançar legitimidade, de diminuir tensões e de objetivar resultados concretos nas suas políticas sociais, deseja essa aliança, mas certo de que as mudanças propostas não conseguem ferir efetivamente as bases destas mesmas políticas (AMARANTE, 1998, p.67).

Dessa forma, os marcos conceituais do início do pensamento crítico da saúde do movimento de reforma psiquiátrica brasileira – “como a reflexão sobre a medicina como aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências, as incursões sobre uma determinação social das doenças, o reconhecimento da validade das práticas de saúde não oficiais” (AMARANTE, 1998, p.91) – foram obliterados, neste momento, pela incorporação do movimento ao Estado brasileiro. Tornou-se evidente que o princípio norteador configurado era a ciência médica e a reforma técnico-administrativa do sistema da saúde (AMARANTE, 1998; 1992).

Para tanto, adotou-se o discurso alternativo das propostas preventivo-comunitárias, até então veladas desde a década de 70, para as transformações nas políticas públicas brasileiras. Mas uma questão surge a partir deste acontecimento: por que tais mudanças de cunho preventivista emergem somente neste momento e não antes, na década 70, quando o Estado brasileiro já era signatário oficial de tais proposições? O que se conjectura neste trabalho é que somente quando se colocou em xeque o discurso asilar hegemônico, defendido principalmente pelos setores psiquiátricos conveniados representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), através dos escândalos e denúncias desencadeados pelo MTSM a partir da “crise da Dinsam”, foi que se configuraram as condições de possibilidade para a ascensão do discurso preventivo-comunitário o qual já vinha sendo pautado na década anterior.

Foi clara a influência de organizações internacionais para a adoção de tal perspectiva pelas políticas públicas não só brasileiras, mas a toda a América Latina. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) bem como a Organização Mundial de Saúde (OMS) defendiam a política de reestruturação da atenção à saúde mental aos moldes da psiquiatria preventiva não foram sem motivos, pois essas instituições eram extensões políticas, no campo da saúde, dos projetos do Governo norte-americano (AMARANTE, 1992).

Porém, por que a adoção pelo Estado ao discurso preventivo e não ao discurso crítico ao paradigma científico-psiquiátrico proposto pelo movimento de reforma neste momento? A resposta a essa questão, para Amarante (1992), tem uma única

explicação: a estratégia preventivista não altera em nada o *status quo* da estrutura sócio-política presente.

Representantes de todos os setores envolvidos com a formulação de políticas de saúde mental ou com a prestação de serviços, concordam com o fato de que a prevenção é um bem fundamental. Em sua defesa alinham-se os proprietários de clínicas particulares, os empresários da indústria farmacêutica, os psicanalistas, os biólogos, os professores de todas as correntes... enfim, ninguém tem motivos aparentes para opor-se a prevenção: ao que tudo indica é o modelo que não afeta nenhum dos interesses. Melhor ainda: faz aparecer que em saúde, medicina e psiquiatria não há interesses em jogo. Todos desejam o bem-estar para todos! Assim é que o modelo preventivista torna-se referência influente no planejamento tanto do Estado quanto dos setores da sociedade civil envolvidos na formulação e na tomada de decisão das políticas públicas de saúde mental (AMARANTE, 1992, p.108).

Efetivado nos planos da co-gestão e da CONASP, o discurso preventivista foi colocado como “aparente” oposição pelas iniciativas públicas contrárias ao modelo asilar hospitalocêntrico, majoritariamente privado, constituindo-se em redes alternativas comunitárias que dariam conta de maneira territorial, rápida e profilática às demandas de saúde mental *in loco*. “Aparente” oposição, pois fundamentalmente as concepções preventivistas se encontravam alicerçadas no mesmo “modelo clássico-biológico de explicação causal das doenças, que nasceu da prática pineliana no interior do asilo” bem como se apresentou dependente ao pressuposto de uma linearidade do processo saúde/enfermidade que criou um ideal de saúde e um planejamento normativo de adequação (AMARANTE, 1992, p.112).

Portanto, o projeto preventivo-comunitário não rompeu com o paradigma psiquiátrico, ao contrário, promoveu sua atualização a uma psiquiatria social; um *aggiornamento* da psiquiatria clássica (CASTEL, 1978).

A obliteração dos discursos “menores”, dissidentes, ao projeto maior do preventivismo tem íntima relação e imbricação na “cooptação” de parte dos setores críticos do MTSM pelo Estado por meio da incorporação destes as instâncias decisórias das políticas públicas.

Foucault (2001), em seus estudos genealógicos, denuncia as instâncias teóricas unitárias da ciência em arregimentar, depurar, hierarquizar, ordenar e

desqualificar os saberes em nome de um conhecimento verdadeiro, “em nome de uma ciência detida por alguns” (FOUCAULT, 2001, p.171). Da mesma forma, as reflexões críticas inaugurais do movimento de reforma brasileira foram silenciadas pela supremacia englobante cientificista do preventivismo que se demonstrava aparentemente suficiente em atender as demandas de atenção à saúde mental. A verdade científica dava o tom de inquestionabilidade às ações que legitimavam a “governamentalidade” (FOUCAULT, 2001), as estratégias de se efetivar o governo da população, do Estado quanto às questões sociais que despontavam na conjuntura de redemocratização.

Foram no auge do momento da trajetória sanitaria que se referendou na 8ª Conferência Nacional da Saúde as estratégias preventivo-comunitárias nas iniciativas das políticas públicas assim como caras formulações no campo de re-ordenamento do sistema de saúde como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e uma nova concepção ampla de saúde – propostas ratificadas na nova constituição brasileira nos anos seguintes. Destaca-se a participação da sociedade civil por entidades e representantes na conferência, rompendo com o caráter técnico-acadêmico desse tipo de evento, constatando assim o ambiente de consenso no período da Nova República em tornar lema nacional a expressão reforma sanitária “como instrumento tático de mobilização social em torno de uma reestruturação da saúde” (AMARANTE, 1998, p.92).

Neste mesmo momento, foi de fundamental importância a dissidência de parte do MTSM ao movimento de integração das lideranças do MTSM ao Governo público. Construiu-se o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental como frente crítica à institucionalização de parte da MTSM. O Plenário denunciou a perda da perspectiva crítica das ações nas políticas públicas controladas, naquele momento, por militantes da MTSM – principalmente na região sudeste – em superar o sistema manicomial a fim de se construir outro lugar social para o louco para, então, se efetivar sua cidadania.

Inegavelmente, na trajetória sanitaria, implementaram-se mudanças no campo da assistência psiquiátrica e da atenção à saúde mental, fortalecendo-se a rede extra-hospitalar público em detrimento ao sistema asilar conveniado. Diminuíram os

números de internações e, de certo modo, também o número de leitos psiquiátricos em manicômios.

Contudo, o projeto preventivo, que em teoria previa a sucessiva anulação do espaço asilar pela aparente suficiência dos serviços prestados nos dispositivos comunitários às demandas psiquiátricas, de fato, não superou a existência das instituições psiquiátricas. Pelo contrário, foi condicional e fundamental a existência dos hospitais psiquiátricos para a rede preventiva.

Rotelli (2001) aponta para essa condicionalidade dos sistemas alternativos em criar um circuito de serviços territoriais ou comunitários ao qual o paciente ingressa na rede difusa e especializada de serviços – cada qual dispositivo atendendo “demandas” específicas – e, se suas demandas não coincidem com serviço ofertado, segue a transitar entre os aparelhos de saúde mental, tendo, no fim do circuito, a instância da internação como asilo para seu problema não compreendido.

Dessa forma, o espaço de alienação foi somente agenciado em posições volantes em um circuito de dispositivos específicos de saúde mental que configuram uma desinstitucionalização da loucura como mera desospitalização, não produzindo novas formas e relações sociais para como a loucura; relegando-a a desassistência e incompreensão por resumi-la somente como doença, não como sujeitos que sofrem.

Por conseguinte, o Plenário exerceu importante papel em resgatar as bandeiras e os questionamentos críticos quanto ao paradigma científico-psiquiátrico já que estas se encontravam veladas pela institucionalização de parte significativa do MTSM.

Isso aconteceu no fim da trajetória sanitária, quando passaram a se adensar o revés exterior de forças opositoras aos projetos da reforma psiquiátrica. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), imbuída do discurso renovado de cunho organicista (AMARANTE, 1998), ocupou estrategicamente a direção da Dinsam e se colocou declaradamente em oposição ao MTSM ao querer tomar conta das discussões da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em 1987. Neste mesmo evento, destacou-se a ascensão de novos atores sociais no campo da saúde mental: os loucos e familiares que por meio de representantes, entidades e associações participaram ativamente das discussões da conferência.

Esses acontecimentos propiciaram as condições possíveis para a transformação dos rumos da trajetória do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Em vista das novas configurações que se desvelavam, o MTSM, em encontros paralelos à I Conferência, rediscutiu suas estratégias, repensou seus princípios, aproximando-se dos pensamentos críticos inaugurais do movimento por conta das “pressões” internas exercidas pelo Plenário ao movimento.

Essa aproximação ao Plenário redundou na reflexão e adoção da proposta de desinstitucionalização da loucura da tradição basagliana pelo MTSM. A importação da perspectiva basagliana se deve a ligação do Plenário às ideias propagadas pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, principalmente, após a realização do III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria em dezembro de 1986, em Buenos Aires.

no cenário internacional, voltam a merecer uma atenção mais qualificada as experiências decorrentes da tradição basagliana, sobre as quais existia uma certa desconfiança quanto à possibilidade de êxito, após a morte de Franco Basaglia. De fato, e não apenas no Brasil, a experiência de Franco Basaglia permaneceu em um certo estado de latência por um período de cerca de dez anos. A realização do III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em dezembro de 1986, na cidade de Buenos Aires, do qual participaram muitos militantes do MTSM, propiciou uma profunda reflexão quanto ao seu trabalho e pensamento (AMARANTE, 1998, p.93).

Portanto, a I CNSM marcou “o fim da trajetória sanitária e o início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (AMARANTE, 1998, p.93). Foi neste terceiro momento da trajetória do movimento de reforma que se realizou o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que referendou sua perspectiva com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Naquele momento, a empresa do movimento foi romper com o paradigma psiquiátrico hegemônico para se reconstruírem novas formas de atenção, de cuidado e de invenção de novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades (AMARANTE, 1998).

Para tanto, a reforma psiquiátrica não poderia se resumir a uma “psiquiatria reformada” (ROTELLI, 2001), uma remodelação técnica-administrativa, mas ampliar-se para uma discussão sobre a loucura com a sociedade. Amarante (1999) aponta para a

empreitada complexa que é construir a perspectiva da desconstrução/invenção, demarcando quatro campos fundamentais que produz a luta antimanicomial:

1. Campo teórico-conceitual: desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade). Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade;

2. Campo técnico-assistencial: a partir de e simultaneamente à reconstrução dos conceitos acima (como, por exemplo, da transformação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidados, emancipação, autonomia, possibilidade de exercer a diferença etc.) a construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional. Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta etc. em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos;

3. Campo jurídico-político: revisão das legislações sanitárias, civil e penal no que diz respeito aos conceitos de “doença mental”, “psicopatia” e “loucos de todo o gênero”, e construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e ingresso social. refere-se, por extensão, à cidadania real dos sujeitos na vida social: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva;

4. Campo sócio-cultural: como consequência, e também simultaneamente, de todas as demais ações listadas anteriormente, através de investimentos nos campos epistemológicos-conceituais, técnico-assistencial, jurídico-político, e a partir de ações específicas no campo sócio-cultural, busca-se uma transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade, e assim por diante. Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes, e assim por diante (AMARANTE, 1999, p.50).

Para a perspectiva da desinstitucionalização da loucura defendida neste momento pelo movimento, tornou-se essencial a participação e a implicação dos loucos, familiares, voluntários e simpatizantes às causas antimanicomiais como novos

atores políticos e sociais a se juntarem ao MTSM para efetivação desses projetos. O louco passava da posição de sujeitado pelo conhecimento e atendimento psiquiátrico para a posição de protagonista, de sujeito que produz cidadania para si (AMARANTE & TORRE, 2001).

De mesmo modo, tornou-se necessário o desatrelamento do MTSM ao Estado para renovar-se e tomar novas perspectivas e propulsão para as lutas nessa nova trajetória da reforma. Amarante (1998) salienta a importância da retomada de decisão do movimento em permanecer não-institucionalizado e como isso tem haver diretamente com o conceito de desinstitucionalização.

Paradoxo estrutural, pois os ganhos nas políticas públicas se efetivam nas malhas institucionais. Porém, acredita-se, neste trabalho, que foi necessariamente fundamental a garantia do movimento não se deixar aprisionar ideologicamente ao Estado para executar seu projeto de permanente auto-crítica e reinvenção da desinstitucionalização da loucura.

Portanto, foi neste momento da trajetória de desinstitucionalização que o movimento da reforma psiquiátrica desencadeia experiências bem-sucedidas.

É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou que surge o Projeto de Lei 3.657/89. nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para todo país (AMARANTE, 1998, p.94).

Foi através dessa perspectiva que prosseguiu o histórico de lutas e reivindicações do movimento de reforma psiquiátrica durante toda década de 1990, obtendo sua maior conquista, no início deste milênio, de efetivar em lei nacional a desconstrução/invenção da rede de dispositivos territoriais substitutivos em saúde mental.

Por fim, a discussão desses três momentos da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira propostos por Amarante (1998), e aqui realizada, expõe complexidade histórica dos acontecimentos, lutas, reivindicações, contextos, saberes, relações de força, poderes, conceitos, eventos, e uma infinidade de coisas que implicaram esse recorte histórico no qual nasceu e se desenvolveu o processo, a *démarche*, de um dos

movimentos ricos da história deste país, que se faz sentir ainda hoje seus desdobramentos.

Considerações Finais

Esta pesquisa chega, agora, no seu final. Um longo percurso se trilhou suscitando fatos, acontecimentos, que em diversos arranjos, de diferentes modos, construíram o processo histórico o qual se quis contar. Esse trabalho não visou esquadrihar todas as possibilidades, de entender e conjecturar todos os fatos como acabados em uma história já dada e consolidada em si (FOUCAULT, 2003). Pelo contrário, o que se quis foi realizar uma dentre várias outras possíveis formas de se olhar para a história da reforma psiquiátrica brasileira. O que se procurou foi sacudir a história para se fazer reavivar os acontecimentos – pô-los “em movimento” – em suas cores, texturas, palavras, ideias, vozes, lutas, batalhas, reivindicações, derrotas e vitórias que se encontravam encobertas pelo tempo, para, então, poder perceber que essa história não se encontra acabada, pois ainda se faz em processo, engendrando, desdobrando, situando e reescrevendo os fatos até os dias contemporâneos.

As letras da lei não são o princípio, mas a continuação de uma história complexa, truncada, não linear que se efetiva nas lutas e batalhas travadas cotidianamente nos níveis mais capilares das instituições e nos mais múltiplos lugares onde se discutem o cuidado e cidadania da loucura.

Foi nessa perspectiva que se buscou o surgimento do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. O que se topou não foi com um processo acabado de início, claro de ideias e trajetórias a se seguir, mas com uma reforma “em movimento”, em construção, atravessado por discursos, ideias, conceitos, contextos que implicaram em diferentes trajetórias em seu decurso que vêm desaguar hoje a nós.

Mas tal história, hoje, encontra-se obliterada aos olhares. Nas pontas dos serviços substitutivos – em muitos destes –, entre outros lugares e instituições, o que se vê é a negação da luta pela desinstitucionalização, senão quando esta é tratada como pura “ideologia romântica sobre a loucura”. O que seria isto? Lapso da memória? Perda de sentido?

O que se conjectura é que se hoje se coloca em dúvida o que se tornou claro para o movimento da reforma psiquiátrica no fim da década 80 é porque novas

configurações propiciaram condições possíveis para novas perspectivas ou a supremacia de outras antigas. Quem sabe, isso justifique a pequena produção de estudos sobre o período aqui abordado.

De toda forma, isso seria outro assunto a ser esmiuçado por outras pesquisas.

Por fim, acredita-se que este trabalho tenha proporcionado algum conhecimento sobre o movimento da reforma psiquiátrica nacional assim como o ensejo para se lançar em estudos mais detidos e esmiuçadores dessa presente história “em movimento”.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: Kalil, M. (org.). **Saúde Mental e cidadania contexto dos sistemas locais de Saúde**. São Paulo / Salvador: Hucitec, 1992 , p.103 - 119.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil 2.** ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P; TORRE, E. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.6. n.1, p. 73-85, 2001.

BIRMAN, J. A cidadania Tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BIRMAN, J. (Org) **Psiquiatria sem Hospício**. RJ: Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL, MS; MPAS. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Tradução Regina Schnaiderman. São Paulo: Perspectivas, 1989.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **História da loucura na idade clássica**. Tradução Jose Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2008.

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

MOURA, A. **A Psicoterapia Institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental). O Manifesto de Bauru. In: **Jornal do Psicólogo**, vol.7 n.21, p.4, 1987.

PAULIN, I. F; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.11, n.2, p.241-58, mai./ago. 2004.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro: vol 9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002.