

PAULO AMARANTE

TEMAS EM SAÚDE

# SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Paulo Gadelha*

Vice-Presidente de Ensino,

Informação e Comunicação

*Nísia Trindade Lima*

EDITORIA FIOCRUZ

Diretora

*Nísia Trindade Lima*

Editor Executivo

*João Carlos Canossa Mendes*

Editores Científicos

*Gilberto Hochman*

*Ricardo Ventura Santos*

Conselho Editorial

*Ana Lúcia Teles Rabello*

*Armando de Oliveira Schubach*

*Carlos E. A. Coimbra Jr.*

*Gerson Oliveira Penna*

*Joseli Lannes Vieira*

*Ligia Vieira da Silva*

*Maria Cecília de Souza Minayo*

COLEÇÃO TEMAS EM SAÚDE

Editores Responsáveis

*Maria do Carmo Leal*

*Nísia Trindade Lima*

*Ricardo Ventura Santos*

PAULO AMARANTE

## SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSOCIAL

3<sup>a</sup> Edição Revista e Ampliada



Copyright © 2007 do autor  
Todos os direitos desta edição reservados à  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-135-3  
1<sup>a</sup> edição: 2007  
2<sup>a</sup> edição: 2008  
1<sup>a</sup> reimpressão: 2010  
3<sup>a</sup> edição: 2011

Capa e projeto gráfico  
*Carlota Rios*

Editoração eletrônica  
*Ramon Carlos de Moraes*

Revisão  
*Fernando Arosa*

Supervisão Editorial  
*M. Cecília G. B. Moreira*

Catalogação na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

---

A485s Amarante, Paulo  
Saúde mental e atenção psicossocial. / Paulo  
Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

120p., ilus, tab. graf. (Temas em Saúde)

1.Saúde mental. 2.Reforma dos serviços de  
saúde. 3.Política de saúde. I.Título

---

CDD - 20.ed. - 362.2

2011

EDITORIA FIOCRUZ  
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos  
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ  
Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9041  
Telefax: (21) 3882-9006  
e-mail: editora@fiocruz.br  
<http://www.fiocruz.br>

Para Olga,  
minha mãe  
(*in memoriam*)

*Há cientistas que adoram repetir que não são filósofos, teólogos, ontólogos, metafísicos, filósofos morais ou mesmo simples psicólogos. Se isto for um testemunho de suas modéstias é conveniente e apropriado, mas comumente trata-se de um descarte superficial de tudo o que eles não conseguem ver pelos seus métodos de ver. É irônico que esses cientistas sejam incapazes de ver o método com que veem, com o seu método de ver.*

Ronald Laing

## SUMÁRIO

Apresentação	11
1. Saúde Mental, Territórios e Fronteiras	15
2. Uma Instituição para Loucos, Doentes e Sãos	21
3. Das Psiquiatrias Reformadas às Rupturas com a Psiquiatria	37
4. Estratégias e Dimensões do Campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial	61
5. Caminhos e Tendências das Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil	81
Considerações Finais: um novo lugar social	99
Referências	105
Sugestões de Leituras e Filmes	107

## APRESENTAÇÃO

Este livro vem carregado de histórias e estórias (como se usava dizer ‘antigamente’). Quando me formei em medicina, e escolhi a psiquiatria como especialidade, não existiam muitas perspectivas de um trabalho que se pudesse considerar como sendo de saúde. O destino quase certo de um psiquiatra recém-formado era trabalhar nos manicômios públicos, decrépitos e imundos ou em manicômios privados, decrépitos e imundos, onde, para piorar, éramos explorados pela “indústria da loucura”, como dizia o saudoso e querido amigo e professor Carlos Gentile de Mello.

A opção, que muitos adotaram, era fazer vista grossa para essa situação e montar um consultório de psicanálise, opção que tinha um futuro bastante promissor e valorizado socialmente. Isso porque, naquela época, mesmo no consultório particular, a prática da psiquiatria era considerada como uma prática menor. O objetivo da maioria era ser psicanalista, fazer análise, e, nesta linha, o *top* era se tornar um psicanalista didata. Como disse um outro amigo, Antonio Lancetti, eram tempos em que ser antimanicomial não estava na moda.

Foi num daqueles manicômios que, com mais dois colegas médicos, decidimos dizer não à violência da psiquiatria, denunciando à sociedade a realidade cruel e perversa das instituições

psiquiátricas. Mas, como eram tempos de ditadura, fomos imediatamente demitidos e conosco todos aqueles que ousaram nos apoiar. Mas, eram também tempos de “abertura democrática”, e outros gritos ocorriam aqui e acolá. Um destes gritos originou a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), onde nos ancoramos – até hoje – e passamos a lutar mais coletivamente. Neste contexto, ficou marcado o início do processo da reforma psiquiátrica brasileira que vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas.

Este livro tem como escopo instigar o leitor a refletir sobre todo este percurso, que vai das bases da psiquiatria e do manicômio aos projetos atuais de construção de um novo ‘lugar social’ para as pessoas em sofrimento mental. Para tanto, comecei por caracterizar o processo de apropriação da loucura pela medicina com a constituição do saber e da principal instituição psiquiátrica, o hospício, identificando e desenvolvendo os principais conceitos e práticas que fundaram o paradigma psiquiátrico. A seguir, fiz uma breve história e discussão das principais experiências que tiveram como objetivo transformar a psiquiatria, seja adequando ou ajustando o modelo assistencial asilar ou modernizando-o em direção à saúde mental na comunidade (as denominadas reformas psiquiátricas), seja rompendo com as bases do modelo científico que inaugurou e legitimou a intervenção psiquiátrica no meio social.

Após esta revisão histórica, e com base nela, procuro contribuir para a ampliação do entendimento das dimensões e es-

tratégias do campo da saúde mental e atenção psicossocial, para o qual desenvolvo o conceito de processo social complexo que, em uma palavra, nos lança num terreno onde as transformações não se limitam às mudanças meramente assistenciais. E como passo seguinte, nada mais justo e necessário do que partir para uma análise dos caminhos e tendências das políticas de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil onde a utopia, entendida como um objetivo e um projeto de luta, é a construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental.

Por fim, sugiro algumas leituras e alguns filmes. O mais profundo e rigoroso tratado científico não consegue, na maioria das vezes, falar tão diretamente à alma como uma obra de arte. Este tema também é assunto para nosso livro...

Quero registrar meus agradecimentos à minha companheira Leandra Brasil e aos amigos Edvaldo Nabuco, Paulo de Tarso Peixoto e Bia Adura pela leitura e observações.

## 1 | SAÚDE MENTAL, TERRITÓRIOS E FRONTEIRAS

*Mas eu também sei ser careta  
De perto, ninguém é normal  
Às vezes, segue em linha reta  
A vida que é "meu bem, meu mal".*

"Vaca profana", Caetano Veloso

O que se conhece como saúde mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento. Quantas vezes ouvimos algum profissional falar que “trabalha na saúde mental”? O que ele está dizendo com isso? Que trabalha com questões relacionadas à saúde mental das pessoas? A partir de uma resposta positiva a esta pergunta, podemos extrair um primeiro grande sentido da expressão ‘saúde mental’ para podermos prosseguir com nossas reflexões. E qual é ele? É o de que saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde.

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o

[

espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.

Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas). Mas, se estamos falando em história, em sujeitos, em sociedades, em culturas, não seria equivocado excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos que estamos lidando?

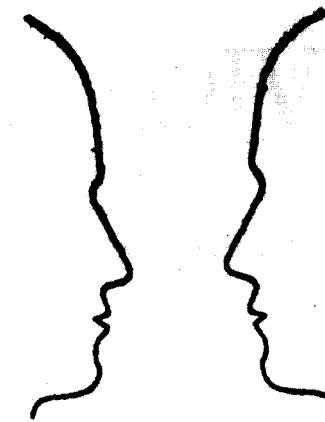
Enfim, quais são os limites deste campo? Quais são os saberes que efetivamente os compõem? Podemos ter uma resposta definitiva e exclusiva para estas perguntas? Em *O Eu Dividido*, primeiro livro do psiquiatra e psicanalista Ronald Laing, um dos fundadores da corrente que ficou conhecida como ‘antipsiquiatria’ – e que abordarei mais adiante –, surge uma reflexão sobre a noção de verdade a partir de uma imagem muito comum, que é geralmente utilizada para ‘brincar de ilusão de ótica’. Para introduzir a imagem, Laing (1963: 21) observa que

o homem, pode, em particular, ser visto como pessoa ou coisa. Ora, o mesmo objeto, focalizado de diferentes pontos de vista, dá origem a duas descrições inteiramente diversas, e estas provocam duas teorias inteiramente diversas, que resultam em dois grupos inteiramente diversos de ação. A forma inicial de ver uma coisa determina todas as nossas relações subsequentes com ela.

Neste ponto propõe que examinemos a “figura equívoca, ou ambígua” (Figura 1). Curiosamente, trinta anos depois, o sociólogo Boaventura de Souza Santos (1992) nos remete a esta mesma imagem, que é a de dois perfis frente a frente que, vistos com outra perspectiva de fundo e transfundo, nos faz ver, pelo contrário, um jarro grego sobre um fundo preto. Qual a imagem verdadeira, ele nos pergunta? Os dois perfis ou o jarro?

Ambiguidade? Erro da percepção ou do pensamento? Contradição da realidade?

Figura 1 – Qual a imagem verdadeira? Os perfis ou o jarro?



Fonte: Laing (1963).

Mas, enfim, e esta é a grande questão que temos para enfrentar: existe uma imagem verdadeira que anula e inviabiliza a outra ou todas as demais? Por que temos que pensar de forma dualista, antinômica, simplificada? A natureza do cam-

po da saúde mental vem contribuindo para que começemos a pensar de forma diferente, não mais com este paradigma da verdade única e definitiva, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo”, de “reflexividade” (Spink, 2004), como veremos mais adiante.

Anteriormente, argumentei que quando algum profissional nos diz que “trabalha na saúde mental”, ele está nos dizendo que trabalha com questões relacionadas à saúde mental das pessoas. Mas, na verdade, na prática assistencial, até muito pouco tempo atrás, trabalhar “na saúde mental” significava dizer que se trabalhava com doenças mentais, com hospícios, com manicômios!

Mas, o que é ‘doença mental’? É o oposto de saúde mental? É o desequilíbrio mental? Deparamo-nos agora com um outro sentido da expressão saúde mental, ou seja, com a ideia de que saúde mental seja um estado mental sadio, portanto, poderíamos concluir, um estado normal. Ou, dito de outra forma, de um estado de bem-estar mental, ou de sanidade mental, ou ainda, de não existir nenhuma forma de desordem mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doenças. Com esta definição poderíamos admitir que evoluímos um pouco, mas que continuamos com muitas dificuldades e com o mesmo problema anterior, pois é muito difícil estabelecer o que é este estado de completo bem-estar... Às vezes questiono se há alguém assim!

Entretanto, parece óbvio, mas é muito difícil definir o que vem a ser ‘doença’. Em muitos livros, encontramos a definição de saúde como a ausência de doença; do mesmo modo que

encontramos que doença é a ausência de saúde! Leônidas Hegenberg, em *Doença: um estudo filosófico* (1998), observa que é comum se utilizar o termo doença para definir saúde, e o termo saúde para definir doença.

Realmente nos deparamos com um impasse. O que é normal? O que é ser normal? De perto, ninguém é normal? Mas, se isto é ‘verdade’, podemos concluir, como argumenta Ernesto Venturini (2009), que “de perto também ninguém é anormal”! Existia um médico que considerava que normal era alguém que não foi devidamente examinado... Mais que um jogo de palavras, estamos de frente a um problema científico muito sério e grave. Para certos temas, para certas questões, fica bastante mais claro que o modelo científico dualista-racionalista (erro *vs* verdade) não é suficiente para lidarmos efetivamente com determinados problemas. E não é só na área da saúde mental! Estão aí os buracos negros, os enigmas da origem da vida e do universo, dentre tantas outros, que a ciência, principalmente sozinha, não pode esclarecer ou compreender.

Parece agora que a relação entre os dois grandes sentidos faz sentido: saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social.

Como observei um pouco antes, até muito pouco tempo atrás, “trabalhar na saúde mental” era o mesmo que trabalhar em hospícios, em manicômios, em ambulatórios e emergências de crise psiquiátrica. Era trabalhar com loucos agressivos, em ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação.

Note que eu disse “era”, pois já não é mais exclusivamente assim. Muitas perspectivas e cenários estão surgindo em todo o mundo que estão transformando radicalmente o campo da saúde mental.

## 2 | UMA INSTITUIÇÃO PARA LOUCOS, DOENTES E SÃOS

*Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, queiram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade: a força.*

Antonin Artaud e os autores do manifesto da “La Révolution Surréaliste”, em carta aos diretores dos hospícios (*apud* Basaglia, 2005: 109)

Para dar prosseguimento à discussão iniciada no capítulo anterior, é necessário um percurso um pouco longo, mas bastante interessante e esclarecedor. Para isto vamos começar revisitando os primeiros passos de uma ciência denominada “alienismo”, pioneira no estudo do que atualmente se conhece como “transtornos mentais”. A partir daí, vamos acompanhar suas mais importantes transformações até chegarmos aos dias atuais, quando faremos uma análise das questões contemporâneas e das perspectivas nacionais e internacionais pertinentes a este campo.

Quando falamos em alienismo começamos nos referindo a Philippe Pinel, o médico que ficou conhecido como o pai da psiquiatria, sucessora do alienismo. Pinel participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa, que foi um processo e um período que marcou a história da humanidade e, em parte devido a este motivo, suas ideias e feitos ainda hoje repercutem em nossas vidas.

A Revolução Francesa foi um momento histórico ímpar; palco de várias transformações econômicas, sociais e políticas que têm muita importância para a área da medicina e o campo da saúde e, em nosso interesse particular, para a história da psiquiatria e da loucura.

Uma destas transformações aconteceu na instituição que conhecemos como hospital. Atualmente, quando falamos em hospital nos vem à mente a imagem de uma instituição médica: corredores com enfermarias e doentes deitados em camas e assistidos por médicos e enfermeiros. Não poderia ser diferente, o hospital é o espaço mais importante de exercício da medicina.

Mas, não foi sempre assim. O hospital, por mais estranho que isto possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. E não seria de se estranhar que um pobre e miserável mendigo não fosse também doente! Por isso, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospitalaria, hospitalidade.

Para George Rosen – um dos maiores estudiosos da história da medicina e das políticas de saúde – um dos valores básicos que motivaram o surgimento dos hospitais foram os ensinamentos de Paulo, o Apóstolo, que pregava “a fé, a esperança e a caridade; mas a maior delas é a caridade” (Rosen, 1980: 336-7). Desta forma, a partir do século IV, do pioneiro hospital criado por São Basílio, em Cesareia, Capadócia (369-372), muitas outras instituições desta natureza foram criadas com a mesma finalidade.

Enfim, por meio de um longo processo – que certamente não foi da noite para o dia – o hospital foi transformado em instituição médica. Até o momento desta transformação, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.

No século XVII, surgiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei de França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental.

Ao estudar as origens da medicina moderna e da psiquiatria, Foucault referiu-se ao Hospital Geral como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, aproveitando inclusive uma expressão utilizada na época que destacava o fato de a instituição exercer a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos segmentos sociais. De fato, o artigo XI do decreto de fundação do Hospital Geral destinava-o aos pobres “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (Foucault, 1978: 49).

Nas palavras do pensador francês:

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária.

É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam estar ali. Essa tarefa é confiada aos diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição. (Foucault, 1978: 49)

Como é possível perceber, com o advento do Hospital Geral a internação passou a ser determinada por autoridades reais e judiciais. Ao diretor do estabelecimento foi delegado um poder absoluto que era exercido sobre toda a população, clientela potencial da instituição, e não apenas sobre os que já estariam internados. Considerando tais características Foucault concluiu que o Hospital Geral seria, acima de tudo,

uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (...) 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 ordem terceira da repressão. (Foucault, 1978: 50)

Assim, como podemos constatar, tinha início uma grande transição, na qual o hospital de caridade sofria uma metamorfose e começava a assumir funções mais sociais e políticas. Foi nestas instituições que muitos médicos foram atuar no sentido de humanizá-las e adequá-las ao novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa, e acabaram por transformá-las em instituições médicas. Em uma palavra, o hospital foi

medicalizado; foi transformado ‘na’ instituição médica por excelência. Em consonância com o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados. Foi assim que os hospitais passaram a ser objeto de profundas mudanças. Primeiro, foram libertados vários internos que ali estavam em decorrência do poder autoritário do Antigo Regime. Por outro lado, novas instituições assistenciais passavam a ser criadas pelo estado republicano (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação). O hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos.

A intervenção médica no espaço hospitalar, que anteriormente era eventual e paroxística, passaria a ser regular e constante: o saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia a dia, em seu curso e evolução. Desta forma, produziu-se um saber sobre as doenças que, informado pelo modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir.

Mas este processo, que denominamos de medicalização do hospital, teve duas faces: o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalares. O que isto significa? Que, se por um lado o hospital sofria transformações fundamentais com o processo de medicalização; por outro, o modelo científico da medicina sofria transformações que possibilitariam o nascimento da anatomo-clínica. Para Foucault, este

processo de medicalização do hospital ocorreu em fins do século XVIII e foi operado, essencialmente, a partir de uma tecnologia política, que é a disciplina.

Na prática, o que significa a disciplina no âmbito da instituição? Inicialmente uma arte de distribuição espacial dos indivíduos; daí, o exercício de um controle sobre o desenvolvimento de uma ação (e não sobre o seu resultado); em consequência, uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos (emblematizado pelo modelo de vigilância possibilitado pelo Panóptico de Bentham, analisado em *Vigiar e Punir* (Foucault, 1977a); e, finalmente, um registro contínuo de tudo o que ocorre na instituição.

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem).

Mas, se é verdade que este novo modelo produziu um saber original sobre as doenças, em contrapartida, é verdade que este saber referia-se a uma doença institucionalizada, isto é, a uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, terminava por ser uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica.

A substituição da sociedade absolutista (monárquica, totalitária, clerical) pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania. Assim é que os hospitais –

antes lugar de mortificação e ‘des-historização’ – tornaram-se lugar de verdade, de saber, de positividade.

Mas, este vínculo histórico entre a medicina que estava sendo constituída nos moldes da nova instituição transformada e esta, o hospital, que estava sendo adequado a esta medicina hospitalar marcaram fortemente a natureza do modelo biomédico da medicina ocidental, que passou a ser caracterizada como predominantemente hospitalar. Este modelo médico (pois é importante lembrar que existem outras medicinas, tais como a homeopatia, a medicina ayurvédica, a medicina teosófica, a acupuntura...) implica em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença. Assim, não é apenas a psiquiatria que tem esta relação genética com o hospital (ou hospitalocêntrica como se usa dizer), de ser especialística (priorizando o conhecimento isolado de órgãos, de partes do corpo), verticalizada e hierarquizada (níveis crescentes de complexidade: primário, secundário, terciário), centrada na doença e não nos sujeitos que têm as ‘doenças’, e assim por diante.

Mas vamos voltar um pouco para observar com mais detalhes o processo de transformação do hospital filantrópico em hospital médico no caso da psiquiatria.

Ao chegar às instituições hospitalares, em nome de um novo e promissor saber sobre as doenças, o médico subtraía da filantropia e do clero o poder administrativo do hospital. Se anteriormente o médico era convocado ao hospital tão somente para atender a alguns casos mais graves; se frequentava o espaço hospitalar de modo eventual e irregular (da mesma forma em que era convocado nas prisões, por exemplo), ele agora se tornava o personagem fundamental do hospital. É assim que, como

detentor máximo do poder hospitalar, o médico Philippe Pinel iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris. Em 1793, Pinel passou a dirigir o Hospital de Bicêtre (uma das unidades do Hospital Geral), quatro anos após o início da Revolução, e posteriormente prosseguiu sua obra no La Salpêtrière. Pinel ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, mas, de acordo com Paul Bercherie (1989), foi também um dos responsáveis pela clínica médica moderna.

Pinel participou do grupo conhecido como os Ideólogos, que foi de enorme importância para o pensamento filosófico francês no final do século XVIII. Os Ideólogos buscavam a base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tornando como referência principal o modelo da História Natural. Para estes, “o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade” (Bercherie, 1989: 31). Nesta tradição filosófica, objetivava-se o conhecimento do homem diante do que lhe é impresso pelas suas experiências, para consigo próprio e para com o que lhe é exterior. Este método analítico-filosófico situa-se na tradição de Locke e Condillac que, adotado pelos Ideólogos, era especialmente aplicado à medicina por Cabanis.

A Teoria do Conhecimento de Locke surgiu, de certa forma, como resposta contrária à doutrina das ideias de Descartes. Para Locke as ideias constituíam-se a partir da experiência empírica, pois todo o conhecimento humano teria sua origem na ‘sensação’, a partir da qual seriam formadas as ideias, das mais simples às mais abstratas e complexas. De outra parte, no que tange ao pensamento político, Locke pressupunha uma natureza absolutamente livre e independente dos homens, os quais não devem

ser submetidos nem ao absolutismo divino nem ao dos regimes políticos. Pinel inscreve-se nesta mesma ordem, ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do ‘tratamento moral’, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo.

A clínica nasceu inspirada nesta tradição filosófica nominalista, em que seria fundamental a relação do ato perceptivo com o elemento da linguagem. Pela simples e pura observação da natureza é que a ciência deve encontrar a sua ordem e verdade. Foucault destaca que Pinel se inspira em Condillac para construir seu método de observação:

analisar nada mais é do que observar em uma ordem sucessiva as qualidades de um objeto, a fim de lhes dar no espírito a ordem simultânea em que elas existem... Ora, qual é esta ordem? A natureza a indica por si mesma; é aquela na qual ela apresenta os objetos. (Condillac *apud* Foucault, 1977b: 108)

Ao escrever o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, o primeiro livro da disciplina que futuramente viria ser conhecida como psiquiatria, e ao introduzir várias inovações na prática dos hospitais de alienados, Pinel lançou as bases do

que ficou conhecido como a ‘síntese alienista’. Elaborou uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Com a operação de transformação dos hospitais nos quais atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral.

Vamos ver mais de perto alguns destes conceitos e estratégias. Comecemos pelo conceito de alienação mental. Em primeiro lugar é curioso e importante observar que Pinel não elege o termo doença mental, mas alienação mental. Em discussões com Bichat, um dos pais da anatomia patológica, chegava a questionar se seria uma doença ou um processo de natureza distinta, pois considerava um erro procurar a sede da loucura, na medida em que nada era “mais obscuro e impenetrável”.

Mas o que significa alienação? Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desordem na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. Mas, poderíamos arguir, poderia a Razão ser parcial ou por definição implicaria em totalidade?

No sentido mais comum do termo, alienado é alguém ‘de fora’, estrangeiro, alienígena (a origem etimológica é a mesma). Poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Fora do mundo, de outro mundo (no mundo da lua!).

Alienado, de *alienare* e *alienatio*, significa também tornar-se outro. Um outro da Razão? Um outro do humano? Um estranho

irracional? Na medida em que alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o Juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’. Em certo sentido, pode-se considerar que ao longo de todos estes anos o conceito de alienação mental contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais. Alienação, perda da Razão, irracionalidade, animalidade. Emil Kraepelin (1988: 22), considerando o ‘pai da clínica psiquiátrica moderna’, já em 1901 em sua “Primeira lição” da *Introdução à Clínica Psiquiátrica*, afirma que “todo alienado constitui de algum modo um perigo para seus próximos, porém em especial para si mesmo”.

Mas, vamos adiante. O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento – entendia-se a institucionalização/hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afasta-se, pois, o alienado das interferências que pudesssem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos.

Para Pinel o isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a “alienação em seu estado puro” para conhecê-la livre de quaisquer interferências. Mas tornava-se também, e pela primeira vez, lugar de propósito de cura, e não apenas de morte, pois, em última instância, no hospital-albergue, as pessoas

iam lá para morrer. Em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados. Na medida em que a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões, e que o hospital de alienados poderia representar, como afirmava Pinel, um estabelecimento onde seria possível submeter o alienado a "regras invariáveis de polícia interior", o hospital seria, ele próprio, uma instituição terapêutica. Vejamos como o próprio Pinel explicita suas ideias:

Em geral é tão agradável para um doente estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados. (*apud* Castel, 1978: 86-87)

Enfim, alcançamos um dos mais importantes aspectos deste texto: o do tratamento moral. Vimos inicialmente que o hospital serviu de laboratório, de espaço de exame para o estudo das alienações mentais, e que posteriormente, enquanto instituição disciplinar, que impunha regras, condutas, horários, regimentos, aspirava nisto tudo uma função terapêutica por pretender-se intitulador de uma reorganização no âmbito das paixões descontroláveis.

troladas do alienado. O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica. Esquirol, o primeiro e mais destacado discípulo de Pinel, argumentava que uma casa de alienados, nas mãos de um hábil alienista, seria o agente mais poderoso para a cura da alienação mental. Pinel recorre a Tenon para quem

um hospital é, de certa forma, um instrumento que facilita a cura; porém, existe uma grande diferença entre um hospital de febris feridos e um hospital de loucos curáveis; o primeiro oferece somente um meio de tratar com maiores ou menores vantagens, em função de ser mais ou menos bem distribuído, ao passo que o segundo tem, ele próprio, função de remédio. (*apud* Castel, 1978: 61)

João Pinheiro Silva, alienista brasileiro do início do século XX, considerava que os asilos de alienados tinham muitas analogias com os estabelecimentos de educação porque reeducavam os comportamentos e as mentes desregradas.

Dentre as mais importantes estratégias do tratamento moral estava o que Pinel denominava 'trabalho terapêutico'. O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição de modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e o trabalho seria, portanto, um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis.

É interessante assinalar que Pinel, além de médico e filósofo, foi um importante político do período revolucionário. Deputado eleito da Assembleia Nacional Constituinte, que elaborou a

primeira constituição democrática republicana, Pinel foi um dos construtores do moderno conceito de cidadania. Como sabemos, a Revolução Francesa foi um processo de superação do Estado Absolutista, composto pela aliança entre a aristocracia monárquica e o clero. No Antigo Regime, antes da Revolução, o debate em torno dos direitos humanos, sociais e políticos era consideravelmente precário. Foi a Revolução Francesa que veio portar a bandeira destes direitos que, atualizando um conceito da Grécia antiga, eram sintetizados na noção de cidadania. Então, não é curioso que em torno de um mesmo personagem, Philippe Pinel, tenham ocorrido duas facetas tão fortes daqueles mesmos direitos que, num certo sentido, poderiam mesmo ser consideradas antagônicas?

Ora, cidadão/cidadania vêm de cidade, de *polis*, do espaço da cidade, o espaço público das trocas sociais, políticas, econômicas entre os membros de uma comunidade. De acordo com Hannah Arendt (1996), na Grécia existiam os reinos da casa (relativo ao espaço privado) e da *polis* (relativo à cidade, à política). O reino da *polis* se compartilha com os demais, pois na concepção ateniense o homem deveria participar da vida da comunidade, daí advindo sua virtude cívica, sua responsabilidade e compromisso para com a sociedade.

Ora, no mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania – como esta responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social – foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza –

existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, consequentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão!

O histórico ‘gesto de Pinel’ desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. Mas, se nestes primeiros anos do alienismo o hospital psiquiátrico seria um recurso terapêutico, o melhor remédio para a alienação mental (talvez o “remédio universal” procurado por Simão Bacamarte, o alienista de Machado de Assis), pouco tempo depois Esquirol listaria as cinco principais funções do hospício, iniciando por “garantir a segurança pessoal do louco e de suas famílias” (as demais são: liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais). Ou seja, a questão da segurança/periculosidade já assume papel de destaque em relação às funções terapêuticas.

O alienismo pineliano ganhou o mundo, principalmente em decorrência do contexto e das questões atreladas ao seu surgimento, isto é, a Revolução Francesa, os princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários que influenciaram inú-

meros países, e não apenas na sociedade ocidental, como observa Eric Hobsbawm (1996).

Principalmente após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados de toda a história, vários hospitais de alienados foram criados nos mais diferentes países, reproduzindo os princípios e as estratégias adotadas e estimuladas por Philippe Pinel. E, por seu pioneirismo e liderança, muitas delas levam seu nome e valorizam sua (inegavelmente) grande obra.

### 3 | DAS PSIQUIATRIAS REFORMADAS ÀS RUPTURAS COM A PSIQUIATRIA

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo foi objeto de muitas críticas. Muitos de seus contemporâneos observaram que o isolamento e o tratamento moral representavam paradoxos com os ideais libertários da Revolução Francesa. Que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles aos quais pretendia libertar? “Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?” É como Foucault (2006: 70) resume a questão.

No Brasil, temos uma das mais importantes e perspicazes críticas ao alienismo ou mesmo à sua versão contemporânea, a psiquiatria. Aliás, trata-se de uma crítica não apenas ao alienismo, mas ao modelo de ciência positivista que o autorizou e o legitimou. Mas, curiosamente, esta crítica tão vigorosa não é proveniente de uma obra científica, e sim literária. Estou me referindo a *O Alienista*, de Machado de Assis, que é, certamente, uma obra que todos os profissionais que lidam com a psiquiatria, a psicologia, a saúde mental e a atenção psicossocial deveriam conhecer como base de sérias e profundas reflexões e não apenas como satisfação literária. O debate sobre a normalidade/anormalidade, sobre a ciência como produtora de verdade, sobre o mito da neutralidade científica; todos estes aspectos são ricamente abordados por Machado de Assis.

É no mínimo provocativa a analogia estabelecida entre *O Alienista* e a história real de criação e transformação do Hospício

de Pedro II, o primeiro hospício brasileiro que praticamente reproduz os similares franceses. Suspeito que Machado de Assis pudesse ter se inspirado em João Carlos Teixeira Brandão, o primeiro diretor da Assistência Médico-Legal a Alienados do Brasil e primeiro diretor geral do Hospício Nacional de Alienados, considerado o ‘Pinel brasileiro’, pois muitas situações do conto são semelhantes à realidade.

Mas, retornando às críticas dos contemporâneos de Pinel, de fato, ocorreu que os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegassem aos mais baixos níveis.

Uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das ‘colônias de alienados’. A ideia surgiu de um convincente relato de um alienista francês sobre Geel, uma estranha aldeia belga. A história começou no século VI, na Irlanda, num misto de lenda e história. Fala-se de uma princesa, de nome Dymfna que, na premência de escapar do assédio de seu pai viúvo que queria desposá-la, foi refugiar-se no interior da Bélgica. O esconderijo seria perfeito, não fosse o próprio Diabo que, além de ser o responsável pela tara do Rei, também aproveitasse para denunciar o paradeiro da princesa. Encontrada, em decorrência de sua forte devoção e convicção cristã, recusa-se a entregar-se ao pai. Por sua irredutibilidade foi decapitada em praça pública pelo próprio pai.

A história se reduziria a mais um caso de filicídio, dentre os tantos parricídios, fraticídios etc., existentes nas famílias reais, não fosse o fato de que um alienado que assistira à cena tivesse recuperado subitamente a Razão. A princesa foi canonizada pelo Vaticano, sendo considerada a Santa Protetora dos Insanos. Na data de sua morte, passaram a ser organizadas romarias com os familiares e seus loucos, que provinham de todas as partes da Europa em busca de uma cura milagrosa. Na medida em que muitos não eram curados no primeiro ano, as famílias mais abastadas passavam a pagar aos aldeões para que cuidassem de seus parentes até a festa do ano seguinte. Resumindo a história, a comunidade passou a adquirir um trato muito especial com os alienados que, para surpresa dos alienistas, passaram a trabalhar, com foices e enxadas, e a se recuperarem, não mais por milagre, mas pelo trabalho. Trabalho terapêutico, concluíram.

E se puseram a organizar instituições, denominadas colônias de alienados, construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. Para as colônias eram contratados familiares (denominados de nutrícios), que passavam a habitar em tais asilos protegidos para cuidar dos internos.

Os alienistas brasileiros do início do século XX, a exemplo de Waldemar de Almeida, foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria ‘o meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’.

As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento

e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro.

Com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal de Alienados por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias por todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Adauto Botelho nas décadas de 40 e 50. Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos!

Mas a alegria durou pouco: logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. De uma aldeia de pessoas livres, com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho. Poderia ser encontrada alguma explicação a partir desta aparente contradição?

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidade histórica para outro período das 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’.

Foram muitas as experiências de reformas que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram mais marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas. São estas que vamos apresentar e analisar aqui

que, simplesmente para efeito didático, serão divididas em ‘dois grupos mais um’. O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado “pelas beiradas” como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. No ‘outro’ grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição efetivamente terapêutica almejada por Esquirol. Vejamos um pouco estas tentativas de transformar o hospital em uma instituição terapêutica.

No período pós-guerra, eram bastante comoventes os danos psicológicos, sociais e físicos sofridos pelos jovens soldados ingleses. Muitos destes eram internados em hospitais para tratamento de seus problemas emocionais. Esta situação acarretava

dois problemas: uma quantidade excessiva de pessoas que necessitavam de cuidados e, em contrapartida, uma oferta muito escassa de profissionais para atendê-las; excesso de pacientes e precariedade de recursos num contexto de grande necessidade de recuperação da mão-de-obra para o projeto de reconstrução nacional. Finda a guerra, os jovens deveriam passar de soldados a trabalhadores, e para tanto deveriam ser tratados de suas enfermidades.

Em meio a esse impasse Main, Bion Reichman, do Monthfield Hospital (Birmingham, Inglaterra), encontraram uma saída muito original e criativa: passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembleias com duzentos ou mais pacientes; elaboravam propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudesse estarem envolvidos etc. De acordo com George Rosen, a expressão psicosocial surgiu neste contexto histórico, a partir de um livro de James L. Halliday intitulado *Psychosocial Medicine*, publicado em Londres no ano de 1948, que estabelece as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo.

A experiência ficou ainda mais conhecida com Maxwell Jones, a partir de 1959, quando recebeu maior sistematização e maior dinâmica. Jones passou a organizar 'grupos de discussão' e 'grupos operativos', envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis. Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. Para tanto, introduziu reuniões e assembleias diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos.

Todas as possibilidades eram analisadas, com ênfase para a atuação da equipe, com o objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência.

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e 'democratização' das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica.

Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais 'fazendas' e 'fazendinhas' de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – "comunidades terapêuticas" para ganharem legitimidade social e científica. Finalizemos com uma fala de Maxwell Jones (1978: 89):

A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional.

A outra experiência de transformação do hospital psiquiátrico no período do pós-guerra ocorreu na França, num contexto e com características muito semelhantes à Comunidade Terapêutica. O principal personagem desta história foi François Tosquelles, um catalão que, refugiando-se da ditadura do General Franco na Espanha, acabou por protagonizar a rica experiência que ficou conhecida internacionalmente como Psicoterapia Institucional, embora seu fundador preferisse a denominação Coletivo Terapêutico.

Tosquelles entendia que com a situação social e econômica precária vivida pela França, situação esta agravada pela ocupação e destruição pelos exércitos nazistas, os hospitais haviam sido profundamente danificados. Acreditava, portanto, que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica. Dentre as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital.

E é a essa reconstrução do potencial terapêutico que Tosquelles dedicou sua obra. Foi no Hospital de Saint-Alban, no sul da França, que o trabalho teve início, se tornando uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma psiquiátrica. A noção de ‘trabalho terapêutico’ foi resgatada, como uma importante atividade que ofereceria possibilidades de participação e de assunção de responsabilidades por parte dos internos. Uma das mais originais inovações de Saint-Alban foi o Clube Terapêutico, uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc. Havia ainda os ateliês ou oficinas de trabalho e arte que, fundamentados pela leitura psicanalítica, muito expressiva naqueles primeiros anos, visavam a uma reorganização interna da dinâmica psíquica. Da mesma forma que, na Comunidade Terapêutica, esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência

institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais. Mas, diferentemente da similar inglesa, a Psicoterapia Institucional caminhou no sentido de propor a ‘transversalidade’, que entendo como o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias.

Vejamos o que diz François Tosquelles (1993: 93):

é esta a diferença entre Basaglia e eu: me preocupei com que o hospital psiquiátrico fosse uma escola de liberdade, antes de tudo. Não disse: “feche o barracão”, porque depois não há escola de liberdade na vida social corrente, mas apenas escola de alienação administrativa.

Passemos ao segundo grupo, representado principalmente pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária.

No caso da Psiquiatria de Setor, as limitações oriundas da experiência da psicoterapia institucional, que passaram a ser mais evidentes a partir do final dos anos 50 e início dos anos 60, apontavam para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio. Era preciso adotar medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou mesmo a internação de novos casos. Neste sentido, passaram a ser criados centros de saúde mental (CSM) distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos das regiões francesas. Diferentemente dos ambulatórios, que eventualmente existiam, e que até então deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento extra-hospitalar, os CSM agora propostos foram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões. Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização.

No entendimento dos franceses o setor é uma divisão ou região administrativa, como nós, brasileiros, denominamos usualmente. A ideia de Lucien Bonnafé, principal personagem do setor, foi a de subdividir o espaço interno do hospital destinando para cada setor uma enfermaria correspondente. Desta feita, todos os pacientes provenientes de uma determinada região, isto é, de um determinado setor, seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital. Quando recebessem alta médica seriam encaminhados para o CSM existente no mesmo setor. De acordo com Bonnafé as vantagens eram múltiplas. Por um lado, existiriam inúmeras possibilidades de contatos entre os próprios internos, de conhecerem lugares, pessoas, eventos etc., que pudessem partilhar. Existiram ainda possibilidades de contatos de parentes que visitavam os internos, levando notícias, cartas, ou objetos e alimentos enviados por parentes de internos do mesmo setor. Enfim, seriam múltiplas as situações criadas por este princípio de setorização.

Mas, a mais importante destas possibilidades estava em uma outra inovação: o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Em primeiro lugar, deve-se destacar a ideia do trabalho em equipe, que representou um marco de avanço até os dias atuais. O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais.

Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator

positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais ‘estranhos’, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador.

Um pensamento de Lucien Bonnafé (1969: 20) para concluirmos a Psiquiatria de Setor:

o estado inumano e antissocial das instituições relativas à ‘loucura’ contribui mais gravemente para manter e agravar as reações individuais inadaptadas, sobre questões de saúde mental, do que os ‘preconceitos’ ancorados no espírito dos indivíduos que não são responsáveis pela inadaptação das instituições.

A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos e ficou conhecida também como Saúde Mental Comunitária. Suas bases teóricas e propostas de intervenção foram muito bem explicitadas no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* de Gerald Caplan, considerado o fundador e o principal autor desta corrente.

Um marco importante para o surgimento da Psiquiatria Preventiva foi um censo realizado em 1955 que pesquisou as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, cujos resultados caíram como uma bomba sobre o Departamento de Saúde Mental, dando visibilidade às precárias condições de assistência, à violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados em todo o país.

O impacto foi tão grande que desencadeou um histórico discurso e um decreto do Presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, conclamando o país às mudanças na área da saúde mental.

O decreto redirecionou a política de assistência psiquiátrica dos EUA que passou a ter como objetivos reduzir as doenças mentais nas comunidades e, bem mais que isso, promover o estado de saúde mental das mesmas.

O contexto histórico em que esta experiência teve início foi bastante específico e singular na história do país. A Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as *gangs*, o movimento *beatnik*, o movimento *black power*, foram algumas das importantes questões sociais enfrentadas pelo Estado naquele período. A proposta da Psiquiatria Preventiva, referendada pelo próprio presidente Kennedy, produziu uma perspectiva de salvação quase milagrosa para um país com grandes problemas sociais e políticos.

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) ‘a-histórica’ das doenças. Por consequência, em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. A “busca de suspeitos”, expressão utilizada pelo próprio Caplan, foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente. Caplan entendia que uma pessoa suspeita de ter um distúrbio mental deveria ser encaminhada a um psiquiatra para investigação diagnóstica, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. Criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeitos de desordens mentais.

A noção de prevenção adotada por Caplan foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se que poderia ser realizada em três níveis de acordo com a análise realizada por Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1998: 54):

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

Para a intervenção preventiva, um conceito passou a ser estratégico: o conceito de ‘crise’, construído fundamentalmente a partir das noções de ‘adaptação e desadaptação social’, oriundos da sociologia, e que permitiam a ampliação da ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental.

De acordo com os mesmos autores, as crises foram classificadas em:

- 1) evolutivas – quando relacionadas a processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social. Em tais processos, na passagem de uma fase à outra da vida, a conduta não estaria caracterizada por um padrão estabelecido. Tratar-se-ia de um período transitório, quando o indivíduo perderia sua caracterização anterior sem, no entanto, adquirir uma nova organização. Na hipótese de os conflitos gerados não serem bem absorvidos, poderiam levar à desadaptação que, não sendo elaborados pela pessoa, poderiam conduzir à doença mental;

2) accidentais – quando precipitadas por alguma perda ou risco (desemprego, separação conjugal, falecimento de uma pessoa querida etc.). A perturbação emocional ocasionada pela crise provocaria eventualmente o surgimento de alguma enfermidade mental, assim, torna-se um momento estratégico de intervenção preventiva, na medida em que, em contrapartida, a crise pode ser encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo.

Encarar novos obstáculos, novos conflitos, pode ser proveitoso, se a pessoa recebe apoio em tais situações: a crise pode se transformar num meio de crescimento; pode promover saúde.

Em boa parte, foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, pois daí advieram as estratégias do trabalho de base comunitária, no qual as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais.

Outro conceito fundamental foi o de ‘desvio’, migrado também das ciências sociais, e que se refere a um comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida, o que, no entendimento da Psiquiatria Preventiva, significava dizer que seria anormal ou pré-patológico.

Foi ainda no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de ‘desinstitucionalização’, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA. Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de ‘desospitalização’, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares.

Como estratégias de efetivação das políticas de desospitalização, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas

protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais etc. O objetivo era tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar.

No entanto, em que pese o fato de terem sido instalados tantos serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, mas também para os hospitais psiquiátricos: os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos.

Para alguns autores, a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Mas, para seus seguidores, foi uma revolução psiquiátrica. Encerremos com Robert H. Felix, que fez a apresentação do livro de Caplan (1980: 9): “Princípios de Psiquiatria Preventiva não é apenas um manual para quem trabalha na saúde mental da comunidade: é uma Bíblia”.

Passaremos ao ‘outro’ grupo para o qual preferi não denominá-lo ‘reformas psiquiátricas’, pois não seria correto fazê-lo, como observei anteriormente. Na verdade, não seriam experiências de ‘reforma’ no sentido estrito do termo, na medida em que deram início a processos de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional. Comecemos com uma das reflexões (como sempre muito provocativas) de Ronald Laing

(*apud* Duarte Jr., 1987: 25): “o essencial é o que existe entre as pessoas. E a prática psiquiátrica é, mais o menos, a completa negação disso”.

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50, mas sua maior repercussão foi na ‘conturbada’ década de 60. Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. Mas em curto período de tempo perceberam que tais transformações não tinham grande futuro. Laing e Cooper passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade. Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade.

A denominação Antipsiquiatria só surgiu bem mais tarde, sugerida por Ronald Cooper, e parece não ter sido uma boa escolha na medida em que ficou muito identificada a uma atitude de mera contestação e rebeldia. No entanto, o termo eleito procurava apontar para a ideia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. A crítica mais profunda à psiquiatria se refere ao seu marco teórico-conceitual que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, produziria um enorme equívoco metodológico. Cooper considerava que alguns princípios das ciências naturais teriam sido importados para as ciências humanas que teriam uma natureza absolutamente distinta. Já Laing (1988: 25) resumia em

uma pequena frase o projeto crítico da Antipsiquiatria: “o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado”.

Nesta tradição teórica e política, o hospital psiquiátrico não apenas reproduzia, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família. Em consequência destas críticas às estruturas social e familiar, a Antipsiquiatria muito rapidamente – e injustamente – ficou associada – e restrita – aos movimentos contestatórios e anti-institucionais que abalaram a Europa Ocidental na década de 60 e que culminaram com o Movimento de Maio de 68.

A Antipsiquiatria sofreu uma forte influência da Teoria da Lógica das Comunicações da Escola de Palo Alto, donde extraiu o conceito de ‘duplo vínculo’, que estaria no âmago da experiência esquizofrênica. Este conceito, que pode ser entendido *grosso modo* como ‘duplo sentido’, diz respeito a uma forma comunicacional na qual a mensagem expressa verbalmente se contradiria ou se oporia à mensagem expressa gestual ou emocionalmente. A título de exemplo, poderíamos imaginar a mãe que, ao receber a notícia do casamento do filho, falaria da sua alegria ao saber de acontecimento tão importante que, enfim, a liberaria para permanecer sozinha na solidão de uma casa vazia...

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. 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 re-organização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria.

Um autor, que certamente não era um antipsiquiatra no sentido restrito da sua concepção e do pertencimento ao grupo de autores/atores sociais que dela participaram, ficou muito identificado com esta experiência: Erving Goffman. Sociólogo dedicado ao estudo das instituições, Goffman se tornou um dos mais contundentes e conhecidos analistas críticos da instituição e do modelo teórico da psiquiatria. Em *Asylums* (publicado no Brasil como *Manicômios, Prisões e Conventos*), realizou uma análise micro-sociológica do asilo psiquiátrico, igualado a outras instituições de controle e violência por ele denominadas “instituições totais”. Para Goffman, o que a psiquiatria denomina o “curso natural da doença” é, na realidade a “carreira moral do doente mental”.

Esmiuçando os mecanismos e sistemas desta modalidade de institucionalização, em que se destacam a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu, a noção de desinstitucionalização torna-se mais complexa e passa a distanciar-se da noção norte-americana, sinônimo de desospitalização.

Para iniciarmos a Psiquiatria Democrática, nada mais oportunamente que começar ouvindo seu mais expressivo protagonista, Franco Basaglia (1985: 315-6):

uma vez acionado o processo de transformação institucional, damo-nos conta de quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social, e cuja dinâmica tende a absorver qualquer movimento

que poderia alterar o equilíbrio geral. (...) nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamenteposta entre parenteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada.

A experiência italiana começou no início dos anos 60, em Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália. E começou quando Franco Basaglia, acompanhado de Antonio Slavich e outros jovens psiquiatras, se propôs a reformar o hospital psiquiátrico ali existente.

Giuseppe Dell'Acqua, coordenador de Saúde Mental de Trieste, relata que quando Basaglia entrou pela primeira vez no hospital foi como se houvesse recebido um choque. Sua impressão foi a de estar entrando em uma prisão, ou melhor, em um campo de concentração. Teria vindo à sua mente, diz Dell'Acqua, uma fábula que ouviu quando estivera preso na ditadura de Benito Mussolini. A fábula fala de uma serpente que entrou pela boca de um homem enquanto este dormia e se alojou em seu estômago. E daí passou a comandar a sua vida, seus desejos, seu destino. Para Basaglia a serpente seria a própria instituição psiquiátrica, seus processos de mortificação e des-historicização.

Nos primeiros anos da experiência, inicialmente inspirada também na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, Franco Basaglia – que conheceu pessoalmente tais experiências e seus dirigentes – utilizou-as como o objetivo de tornar o hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos. Mas, com o passar dos anos, começou a sentir que a ‘serpente’ não poderia ser combatida através de medidas administrativas ou de humanização.

Fundamentalmente a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

A experiência de Gorizia deu origem ao livro *A Instituição Negada*, coordenado por Basaglia, com a participação de muitos atores do processo, que contém todo o debate, os princípios e as estratégias da nova etapa das reformas psiquiátricas, cuja base será a desconstrução do manicomio. No início dos anos 70, Basaglia, com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada ao norte da Itália. Lá teve início a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo. E, como veremos mais adiante, será a referência fundamental do processo que virá a ser implantado na cidade de Santos (SP), na virada dos anos 80 para os 90, que se tornou o eixo da mais importante face do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

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 vislumbravam, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas

clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.

Quanto ao processo de fechamento do hospital, como ocorreu em Gorizia, foram muito importantes as influências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Mas Franco Basaglia não as toma como fim em si, como o objetivo último a ser alcançado, mas como estratégias provisórias e intermediárias de desmontagem da estrutura manicomial. As assembleias, os clubes de internos, a mobilização dos atores sociais, dentre os quais, pacientes, familiares, técnicos etc., não serviriam a outro fim que não o de construir as bases, as possibilidades, o entendimento de que seria possível superar a instituição da clausura.

Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM), todos regionalizados, isto é, distribuídos criteriosamente pelas várias regiões da cidade. No que diz respeito à implantação dos CSM, seria possível constatar a influência do setor francês, ou da saúde mental comunitária americana. Mas, ao contrário destas, os centros triestinos não funcionavam em mão dupla. Ou seja, não eram serviços que davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar e que reinternavam os pacientes no manicomio quando as situações eram consideradas graves, e justificada a impossibilidade do tratamento em regime externo. A partir do conceito de 'tomada de responsabilidade', os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Assim, mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, 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 que, tradi-

cionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade.

Outras estratégias diziam respeito às possibilidades reais de inclusão social, seja através da criação de cooperativas de trabalho ou da construção de residências para que os ex-internos do hospital passassem a habitar a própria cidade, seja através da invenção de inúmeras formas de participação e produção social (grupos musicais e de teatro, produtora de vídeos, oficinas de trabalho, dentre muitas outras).

Franco Basaglia, em um de seus últimos escritos, confessou que se algum dia a história desta experiência fosse relatada, ele preferiria que não fosse por meio de datas, números de atos legislativos ou portarias de serviços, mas pela história das vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação.

Franco Rotelli, que substituiu Basaglia após seu falecimento em 1980, observa que a proposta italiana rompeu com as experiências anteriores principalmente no que diz respeito ao entendimento de desinstitucionalização, adotado como sinônimo de mera desospitalização na Psiquiatria Preventiva e em outras que nela se inspiraram, e como desconstrução do paradigma racionalista problema-solução no processo italiano. Dito de outra forma, Rotelli (1990) considera que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, 'a doença', da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. E é sobre esta separação artificial que se construiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente, a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. A operação denominada de desconstrução seria, então, a desmontagem deste conjunto de aparatos para poder reestabelecer uma relação

com os sujeitos em sofrimento. Rotelli nos propõe 'uma outra via', ao considerar ser este um processo social complexo, que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais.

Vimos que o modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma de suas características principais um sistema ‘terapêutico’ baseado na hospitalização. Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina. E como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão. A este respeito, podemos constatar no artigo 32 dos estatutos do Hospício de Pedro II (Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852) os meios “de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência”:

- 1º - A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;
- 2º - A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo;
- 3º - A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada;
- 4º - O colete de força, com reclusão ou sem ela;

5º - Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar.

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso. Mas, antes que isto ocorresse, conseguimos fazer a fotografia e a publicamos na revista *Saúde em Debate*, n. 13 (1981).

Enfim, se torna evidente que um modelo dessa natureza concentra boa parte dos esforços dos profissionais comprometidos com os ideais de mudança no sentido de implantar um processo efetivamente distinto do anterior. Talvez então por esta imperiosa necessidade de superar o modelo psiquiátrico é que muitas vezes as iniciativas de inovação tenham se reduzido à simples reestruturação de serviços de assistência, num movimento que vai do modelo biomédico asilar em direção ao sistema de saúde mental e atenção psicosocial.

As grandes experiências de reformas psiquiátricas, como pudemos constatar, incorreram nesta limitação, isto é, foram reduzidas a simples propostas de reformulação de serviços. Em algumas delas, assistimos às tentativas de humanizar o hospital, de introduzir-lhe novas técnicas e tratamentos para transformá-lo

em instituição terapêutica. Em outras, vimos o esforço de criação de serviços externos que minimizassem os efeitos nocivos do hospital ou que evitassem as internações, procurando fazer com que o hospital fosse um recurso utilizado somente em último caso. Em ambos os casos, foram mudanças restritas aos serviços que dominaram a atenção e a agenda dos profissionais e dirigentes.

Assim sendo, um primeiro grande desafio é poder superar esta visão que reduz o processo à mera reestruturação de serviços, muito embora se torne evidente que os mesmos tenham de ser radicalmente transformados e os manicômios superados. Mas esta transformação não deve ser o objetivo em si, e sim consequência de princípios e estratégias que lhes são anteriores.

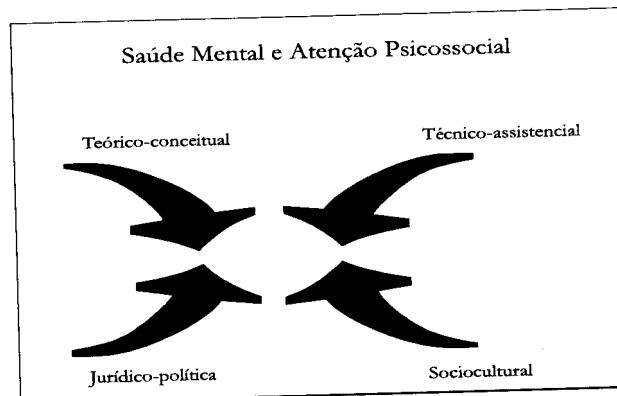
Como então ultrapassar esta limitação? Vamos por partes!

O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicosocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo. Esta é a proposta de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia e uma das mais importantes expressões da reforma italiana (Rotelli *et al.*, 1990).

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsões, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

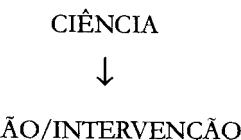
Apenas com o intuito de possibilitar uma reflexão mais sistematizada sobre este processo, com objetivo exclusivamente didático, pode-se pensar em algumas destas dimensões (Figura 2).

Figura 2 – Dimensões do processo social complexo



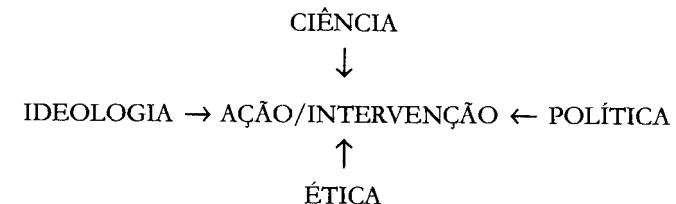
Inicialmente, vejamos algo sobre a dimensão teórico-conceitual (ou epistêmica). Como nos referimos anteriormente, as ciências naturais que fundamentaram a constituição de um saber psiquiátrico sobre a loucura estão em uma importante fase de transição. O pressuposto de que a ciência era um saber neutro, insuspeito, que, se munido de um bom método (a experimentação), produziria somente a verdade, nada mais que a verdade, já não é mais aceito universalmente. Aí estão vários cientistas de renome mundial debatendo estas questões como Ilya Progogine, Edgar Morin, Isabelle Stengers, Fritjof Capra, Henry Atlan, Umberto Maturana, Francisco Varella, Boaventura de Sousa Santos, e muitos outros.

Para a definição de uma iniciativa política ou social acreditava-se que apenas o conhecimento produzido pela ciência seria plenamente suficiente. Aspirava-se até mesmo uma sociedade planejada e administrada de forma totalmente científica; este era o projeto de Augusto Comte que ficou identificado como o mais importante dos positivistas. O esquema a seguir talvez transmita esta atitude em que a ação/intervenção seria determinada exclusivamente por princípios e pressupostos científicos.



Atualmente sabe-se que as coisas não são mais assim. Ao elaborar uma intervenção, um programa de saúde para uma comunidade, uma ação social ou política qualquer, os atores responsáveis pela implementação dessas ações e/ou programas sabem que devem contemplar um conjunto de aspectos que, embora alheios à ciência, interferem na formulação de suas estratégias. São aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética... Estes aspectos são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais... Enfim!

Vejamos como ficaria o esquema agora (que é sempre sempre insuficiente e sempre provisório).



Em suma, esta dimensão nos transporta à reflexão dos conceitos mais fundamentais da psiquiatria que, como vimos, foi fundada num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, capaz de ser apreendida e revelada em sua plenitude. Nasceu em um contexto em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro e autônomo: expressão unívoca da verdade! Assim é que os conceitos psiquiátricos devem ser avaliados, contextualizados em um determinado modelo de ciência que está em plena transformação. Com base nesta concepção podemos considerar que o processo de reforma psiquiátrica não é uma invenção de psiquiatras insatisfeitos ou insurgentes (como afirmam os defensores da psiquiatria), mas sim uma consequência natural de uma transformação da própria ciência.

Franco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um “mal obscuro” por haver separado um objeto fictício, ‘a doença’, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia. Os tratados de psiquiatria classificam as doenças mentais como sendo objetos da natureza. Analisam os tipos, suas semelhanças e distinções: “as esquizofrenias dividem-se em ....”; “são de tantos tipos as neuroses...”

Ocuparam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas. Dependendo da idade, ou do sexo, ou da classe social a doença poderia assumir tal ou qual característica, curso ou prognóstico. Enfim, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar “a doença entre parênteses” para que se fosse possível se ocupar

do sujeito em sua experiência. Franco Basaglia se inspirou em Edmund Husserl, considerado o pai da fenomenologia e autor do conceito de “redução analógica” ou de colocar o conceito entre parênteses.

A ideia da doença entre parênteses pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parênteses não significa a negação da existência da ‘doença’, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana.

E na mesma medida em que a doença éposta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata. Desta forma, se torna possível constatar o que Basaglia (inspirado no poeta e dramaturgo Antonin Artaud) denominou “duplo da doença mental”, isto é, o conjunto de pré-concepções, preconceitos (estigmas, valores, juízos) relacionados à doença mental. Logo que iniciou seu trabalho em Trieste, Basaglia conheceu uma interna que estava sempre solicitando um pente. Estou despenteada, dizia ela, “quero me pentear; mas não tenho um pente, preciso de um pente, tenho direito a um pente!”.

Mas ninguém lhe atendia: a obsessão pelo pente seria um mero sintoma psicótico? Para que uma louca necessitaria de um pente? O transformaria em uma arma? O jogaria fora e pediria um outro, e mais outro, e outro ainda? Com o domínio da noção de doença mental, uma simples necessidade básica, inclusive de autocuidado e autonomia, pode ser entendida como um mero sintoma. Nada mais é do sujeito: tudo se refere à doença!

Os autores da psiquiatria não assumem, mas a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática obrigaram a psiquiatria a abandonar o conceito de doença mental na medida em que provaram que não contribuía em praticamente nada para entender e lidar com os sujeitos assim classificados: a resposta da psiquiatria foi criar asilos psiquiátricos.

Assim sendo, a psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos ‘transtorno mental’ (em português e espanhol) e ‘desordem mental’ (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtorno mental’. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possessa! Em inglês o termo *mental disorder* nos remete a pensar em não-ordem, quebra da ordem, sem ordem, e aí voltamos ao princípio da questão: qual é a ordem mental? O que é normalidade mental? Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito.

Enfim, se com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica (Foucault, 1977a). Devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades. E aqui já estamos na ‘dimensão técnico-assistencial’, e já podemos perceber algumas de suas inter-relações com a dimensão que acabamos de analisar.

Por outro lado, se a loucura/alienação não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil, de exercício de cidadania, na ‘dimensão jurídico-política’ situa-se um conjunto de desafios e estratégias. A revisão de toda a legislação é um primeiro aspecto, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania. A concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) é um bom exemplo, na medida em que é restrito a pessoas com diagnóstico de deficiência mental e que o beneficiário não pode ter nenhuma atividade profissional (nem mesmo nas cooperativas e projetos de geração de renda ou economia solidária), sendo um obstáculo, portanto, a estratégias de inclusão social.

A questão dos direitos humanos assume aqui uma expressão singular. Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de

direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece. "De volta à cidade, senhor cidadão", diz o poeta Paulo Mendes Campos.

Um passo decisivo nesta direção foi dado com a promulgação da Lei 10.216 em 6 de abril de 2001. Embora o projeto original tenha sido rejeitado, após doze anos de tramitação, foi aprovado um substitutivo que dispõe sobre "a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". O texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial. Ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Um aspecto muito importante no que diz respeito ao processo social da reforma psiquiátrica em relação à Lei 10.216/2001 é a inclusão do Ministério Público Estadual, que deve ser comunicado, no prazo de 72 horas, de todas as internações involuntárias, como pode ser observado no artigo 8º.

Por outro lado, enquanto a lei nacional era debatida, oito leis estaduais e muitas leis municipais foram aprovadas e provocaram o avanço do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Listam-se a seguir as leis estaduais de reforma psiquiátrica:

- Rio Grande do Sul – Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992;
- Ceará – Lei 12.151 de 29 de julho de 1993;
- Pernambuco – Lei 11.065 de 16 de maio de 1994;
- Rio Grande do Norte – Lei 6.758 de 4 de janeiro de 1995;

- Minas Gerais – Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995;
- Paraná – Lei 11.189 de 9 de novembro de 1995;
- Distrito Federal – Lei 975 de 12 de dezembro de 1995;
- Espírito Santo – Lei 5.267 de 10 de setembro de 1996.

Mas, sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicosocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais.

Ao longo de sua história, todas as sociedades criam determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Todas procuram dar sentido às coisas e sensações que veem, experimentam ou temem. Estas interpretações e sentidos se tornam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social. A psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade entendesse que 'o louco é perigoso', que 'lugar de louco é no hospício', que 'o doente mental é irracional', que 'o doente mental'... Você já parou para pensar em quantos preconceitos existem sobre as pessoas com problemas mentais? Quantas anedotas existem sobre loucos? Quantos casos de loucos furiosos, assassinos, pervertidos... O próprio Kraepelin, naquela mesma aula inicial do curso de clínica psiquiátrica, prossegue afirmando:

Pelo menos um terço do número total de suicídios tem por causa eventual diferentes transtornos mentais, como em menor escala eles são também os indutores dos crimes contra o pudor, de incêndios, roubos, fraudes e

outros. Multidões de famílias choram suas ruínas por causa destes desventurados enfermos, que dissiparam fortunas ou meios de existência em iniciativas insensatas ou por causa do empenho em aliviar sofrimentos sociais e corporais nascidos em virtude da preguiça, da incapacidade para o trabalho, que acompanham quase sempre a todos os transtornados de mente. (Kraepelin, 1988: 22-23)

Não é de assustar? Há quem diga, ao contrário, que não tem medo das pessoas que não têm razão, e sim daquelas que se julgam com razão demais! É nesta medida que a noção de processo social complexo é estratégica, pois é necessário introduzir uma série de transformações que perpassam as várias dimensões aqui referidas Vimos que na dimensão teórico-conceitual, se adotadas estas noções de alienado, de periculosidade, de perda da razão, e assim por diante, vamos construir instituições de disciplina, correção moral, vigilância, custódia, punição. Vamos construir, da mesma forma, leis restritivas, autoritárias, impeditivas. Vamos, enfim, construir representações sociais e sentidos sociais de medo, de risco, de exclusão: estigmas, discriminações, preconceitos. No máximo vamos perceber algumas atitudes de tolerância. Mas, Franco Basaglia insistia que a questão não deveria ser direcionada para a ideia da tolerância. A “ideologia da tolerância”, como ele se referia, é arrogante e pretensiosa, pois implica em suportar (tolerar) o outro.

Em contraposição, se recusarmos aqueles conceitos arcaicos e procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades.

Contribuímos desta forma para o questionamento prático das legislações e normas excludentes, construindo estratégias efetivas de cidadania e participação social, que são, ao mesmo tempo, fundamentos e comprovações materiais dos novos pressupostos. Em última instância, todo o conjunto de transformações e inovações anteriores contribuem para a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade. Franco Basaglia observava que era importante questionar não somente “o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do ‘território’ repelia a doença e a confiava à psiquiatria e ao manicômio” (Basaglia, 2005: 243).

A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários). Para tanto, foi instituído um Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o dia 18 de maio, no qual (e mesmo nos dias próximos à data), em todo o país ocorrem atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, dentre outras, que promovem o debate e instigam a sociedade a participar e a refletir.

Uma experiência marcante para mim foi o convite recebido de Franco Rotelli para organizar uma escola de samba com usuários, técnicos, familiares e voluntários no carnaval de Trieste

em 1992. A partir do tema Meninos de rua, compus o samba-enredo “Tutti i bambini della strada” e fizemos uma bela festa que marcou o carnaval triestino.

Agora, vejamos exemplos de atividades no Brasil. Já em 1992, por ocasião do Carnaval, decidiu-se não mais fazer um ‘bloco de doentes’ para brincar no baile no pátio do hospício, mas sim organizar uma ala num dos blocos mais famosos do Rio de Janeiro, o “Simpatia é quase amor”. A ala saiu com o nome de “Ala do maluco beleza” (em alusão à música de Raul Seixas), e fez muito sucesso no bloco e na mídia. Em anos posteriores, foram organizadas várias iniciativas semelhantes e até mesmo escolas de samba do Rio de Janeiro desfilaram com alas e temas abordando a loucura, a diferença, a diversidade. Há, no país, muitos blocos e coletivos carnavalescos que fazem alusão ao tema. No Rio de Janeiro, destacam-se o “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, o “Loucura Suburbana” e o “Tremendo nos Nervos”. Em Paracambi (RJ), há o bloco “Maluco Sonhador”; em São Paulo, o cordão “Bibi Tantã”; em Natal, o “Lokomotiva”; e muitos outros pelo país.

No Fórum Gaúcho de Saúde Mental alguns participantes usaram camisetas com frases relacionadas à luta antimanicomial e à reforma psiquiátrica. A que mais se destacou foi “de perto ninguém é normal” extraída da música “Vaca profana” de Caetano Veloso, ao qual fiz referência logo no início deste livro. Daí em diante, houve uma proliferação de camisetas com desenhos, pinturas e frases com o objetivo de levar o debate à opinião pública, de instigar a curiosidade das pessoas sobre o tema. Músicas, imagens e poesias serviam de isca para esta estratégia: “Gente é pra brilhar...”, a partir de música também de Caetano Veloso; “Maluco beleza” e “Sociedade alternativa”, ambas de Raul Seixas; “há tanta vida lá fora...”, “Como uma onda”, de Lulu Santos, “Dizem

que sou louco, por pensar assim. Se eu sou muito louco, por eu ser feliz. Mas louco é quem me diz que não é feliz, não é feliz”, “Balada do louco”, de Arnaldo Baptista e Rita Lee; são algumas destas músicas que ajudam a provocar e instigar as pessoas a perguntarem o que esta ou aquela frase significava, e o motivo de estar naquela camiseta e assim produzir diálogos e encontros (no sentido de encontro de pessoas/entre pessoas) sobre o tema da loucura, da segregação, dos preconceitos.

As televisões comunitárias também representaram uma iniciativa importante. Dentre as que mais se destacaram estão, em primeiro lugar, a TV Tam Tam, criada em Santos logo no início do processo de desmontagem da estrutura manicomial na cidade. Alguns anos depois, na mesma linha, surgiu a TV Pinel, no Rio de Janeiro, que em 2006 completou dez anos, com programas muito criativos e muito premiados. Mais recentemente nasceu a TV Parabolinoica, em Belo Horizonte. Todas elas contam com roteiros, filmagens e atuação dos usuários, familiares, profissionais e voluntários. Outra proposta é a de programas de rádio, dentre os quais a Rádio Tam Tam, também de Santos, foi a pioneira. Mas existem muitas pelo país, sempre com nomes criativos e fazendo alusão ao campo, como Rádio Antena Vira-dia (Paracambi), Rádio Cala a Boca Já Morreu...

Em 2005 o Centro Cultural Banco do Brasil, um dos espaços mais nobres da cultura nacional, abriu suas portas para o evento Loucura e Cultura e nesse mesmo ano foi iniciado em Barbacena o Festival da Loucura.

A partir da Associação Loucos pela Vida, da qual participam usuários, familiares, técnicos e voluntários, nasceu um grupo musical que gravou um CD com várias músicas, dentre elas “Nas terras do Juquery” e “Loucos pela vida”, de Luizinho Gonzaga,

que profetiza que “um dia os muros do Juquery vão cair”. No Rio, foi criado o grupo musical Harmonia Enlouquece que gravou “Sufoco da vida” com a voz de Hamilton Assunção: “estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédio de psiquiatria mental. Haldol, diazepam, rohipnol, prometazina, meu médico não sabe como me tornar um cara normal”. Ou Paulo de Tarso com “a gente semeou o sol... a gente fez brilhar o sol... a gente fez nascer o sol pra não tomar haldol”. E muitas outras iniciativas no campo da música, como a dos Mágicos do Som (Volta Redonda/RJ), Lokonaboa (Assis/SP), Viajar (Santo André/SP), Trem Tan Tan (Belo Horizonte/MG), Zé do Poço (Ribeirão das Neves/MG), Sistema Nervoso Alterado (RJ), Cancioneiros do Ipub (UFRJ), ou os *shows* históricos do Projeto Canta Loucura na Estação das Barcas da Cantareira (Niterói/RJ). No último Fórum Social Mundial em Porto Alegre um evento emocionante reuniu militantes da saúde mental com o *hip-hop*.

Fazendo um elo da música com o teatro, foi criado em São Paulo o Coral Cênico, uma linda proposta de cantar, dançar, representar, significar. No Rio, a partir do Teatro do Oprimido, de Augusto Boal, foi criado o Grupo de Teatro Pirei na Cena, mas existem inúmeras iniciativas como estas por todo o país. O Teatro do Oprimido é um bom exemplo de como é possível produzir trabalhos orientados por princípios como emancipação, autonomia, consciência crítica, dentre outros, que não sejam reduzidos ao caráter terapêutico. É apenas teatro! (E não basta?)

No Rio de Janeiro há também o grupo de teatro “Os nômades” e o “Caminha de força”, intervenção cultural concebida por Lula Wanderley e que acompanha o “Sistema Nervoso Alterado”.

Com o objetivo de criar uma política pública de cultura no Campo da Saúde Mental, a Secretaria Nacional da Identidade e da Diver-

sidade Cultural, do Ministério da Cultura, e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), lançaram, em agosto de 2007, com a presença do ministro Gilberto Gil, o projeto Loucos pela Diversidade. A originalidade deste projeto está no fato de ser a primeira iniciativa regular de política cultural para pessoas em sofrimento psíquico. Nenhum outro país tem iniciativa semelhante! Em 2009 o edital do projeto Loucos pela Diversidade, que homenageou Austregésilo Carrano (autor do livro que inspirou o filme *Bicho de 7 Cabeças*), recebeu quase 400 inscrições de projetos. A solenidade de premiação, presidida pelo ministro da Cultura Juca Ferreira, ocorreu na sede da Caixa Cultural, onde 55 projetos foram contemplados com o prêmio.

Mas existe um aspecto fundamental nesta dimensão sociocultural que demonstra a sua inter-relação e interatividade com as demais dimensões: a participação social e política de todos os atores sociais envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica. Desde os primeiros anos do processo, no cenário da redemocratização nacional, a participação social tem sido objeto de merecido destaque. Vejamos alguns aspectos desta participação.

Em 1978, foi criado no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que no mesmo ano se tornou um movimento nacional e, em janeiro de 1979, organizou o I Congresso Nacional no Instituto Sedes Sapientia, em São Paulo. Em 1979, foi criada a primeira associação de familiares do país, denominada Sosintra, ainda hoje atuante e importante protagonista em defesa da reforma psiquiátrica brasileira. As vindas de Franco Basaglia contribuíram decisivamente para a constituição do movimento de transformação no país, seja em 1978, quando veio juntamente com Felix Guattari, Robert Castel, Irving Goffman, Thomaz Szasz ao I Congresso Brasileiro de

Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, ou em 1979, quando veio para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, e realizou uma visita histórica ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, que expôs para a sociedade brasileira a残酷和暴力 da assistência psiquiátrica que era prestada às pessoas em sofrimento mental.

A iniciativa de Sergio Arouca, então presidente da Fiocruz e Coordenador da 8º Conferência Nacional de Saúde, de envolver efetivamente a sociedade brasileira na discussão e formulação das políticas de saúde abriu um novo campo de possibilidades para o que atualmente conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS). Com a organização da 'Oitava' (como ficou conhecida) passaram a se envolver não apenas profissionais de saúde, mas também usuários do sistema, familiares, ativistas de associações, de organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, partidos políticos, enfim, de vários segmentos da sociedade brasileira. Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada como desdobramento da Oitava, os vários participantes do MTSM decidiram realizar o II Congresso, que ocorreu em dezembro de 1987, em Bauru. Neste congresso, o MTSM sofreu uma profunda transformação, tornando-se um movimento não mais (predominantemente) de profissionais da saúde mental, mas com efetiva participação de usuários e familiares. Por outro lado, decidiu-se assumir um caráter mais claro em relação ao papel do hospital psiquiátrico e, para tanto, adotou o lema: Por Uma Sociedade Sem Manicômios, que havia surgido no III Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, realizado no ano anterior, em Buenos Aires, no período de 17 a 21 de dezembro. Muitas associações e cooperativas foram criadas desde então, dentre as quais destaco algumas, tão somente como forma de registro histórico: Loucos pela vida (inicialmente

em Juquery e depois em Ribeirão Preto/SP), SOS Saúde Mental (São Paulo/SP), Franco Basaglia (São Paulo/SP), Franco Rotelli (Santos/SP), Cabeça Feita (São Gonçalo/RJ), Loucos por Você (Ipatinga/MG), Loucos Por Cidadania (Olinda/PE), Lokomotiva (Natal/RN), Qorpo Santo (Alegrete/RS), Praia Vermelha (Rio de Janeiro/RJ), dentre muitas outras.

A participação social, não apenas na saúde mental, mas nas políticas de saúde de forma geral, teve um impulso decisivo com a introdução do capítulo da saúde na Constituição de 1988 e, posteriormente, com a instituição do SUS, regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Logo após, em 28 de dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142 estabeleceu a participação da comunidade na gestão do sistema, o que ficou conhecido como o "controle social". A realização das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 (Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho), 1992 (Brasília, 30 de novembro a 2 de dezembro) e 2001 (Brasília, 11 a 15 de dezembro) ofereceu possibilidades inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão e construção das políticas de saúde mental e atenção psicossocial. O ideal é que existisse uma regularidade na convocação destas conferências. Muito importante ainda é o envolvimento dos atores sociais nos Conselhos de Saúde estaduais e municipais e nas Comissões de Saúde Mental ligadas a estes Conselhos e ao Conselho Nacional de Saúde.

A dimensão sociocultural recebe muita visibilidade através da realização regular de grandes encontros totalmente organizados e protagonizados pelos atores sociais da reforma psiquiátrica: usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais pela cidadania e defesa da vida. São tantos os encontros do Movimento Nacional da Luta

Antimanicomial quantos os encontros exclusivos de usuários e familiares (Quadro 1).

Após várias manifestações da sociedade, em particular dos movimentos antimanicomiais, que culminaram com a Marcha dos Usuários em 30 de setembro, em Brasília, foi convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi finalmente marcada para 27 de junho a 01 de julho de 2010. Essa conferência teve como caráter inovador o fato de ser intersetorial, contando com a participação das áreas de cultura, direitos humanos, economia solidária, assistência social e outras.

Quadro 1 – Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial e das Associações de Usuários e Familiares

Evento	Ano	Local
I Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1991	São Paulo (SP)
II Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1992	Rio de Janeiro (RJ)
I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1993	Salvador (BA)
III Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1993	Santos (SP)
II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1995	Betim (MG)
IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1996	Franco da Rocha (SP)
III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1997	Porto Alegre (RS)
V Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1998	Betim (MG)
IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1999	Paripueira (AL)
VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2000	Goiânia (GO)
V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2001	Miguel Pereira (RJ)
VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2002	Xerém (RJ)
VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2005	São Paulo (SP)
VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2007	Vitória (ES)
VIII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2007	Vitória (ES)
VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2009	S. Bernardo do Campo (SP)
IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2009	S. Bernardo do Campo (SP)

## 5 | CAMINHOS E TENDÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Veremos algumas propostas atuais que estão delineando novas possibilidades no campo da saúde mental e atenção psicosocial. Por meio da análise destas experiências, acredito que seja possível observar a complexidade das ações e a riqueza das inter-relações entre as dimensões analisadas anteriormente.

### A ATENÇÃO À CRISE E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A atenção à crise representa um dos aspectos mais difíceis e estratégicos. No modelo clássico da psiquiatria, entende-se a crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Como consequência desta concepção, a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhe fortes medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la, aplicar-lhe eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, como é mais conhecida pelo domínio popular. Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicosocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente

biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social.

Por isso é necessário que existam serviços de atenção psicosocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las. Em atenção psicosocial se usa a expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas. A psiquiatria se refere à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelece é uma relação médico-doença. Na saúde mental e atenção psicosocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais, como se evidencia no esquema a seguir.



O termo ‘usuário’ foi introduzido pela legislação do SUS (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90), às quais já me referi, no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um ‘paciente’. A expressão acabou sendo adotada com sentido bastante

singular no campo da saúde mental e atenção psicosocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente o termo vem sendo criticado pelo fato de ainda manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde. Por este motivo sempre o utilizarei entre parênteses. Este é um importante indício do movimento permanente de reflexão e construção no campo da reforma psiquiátrica.

Ouvidas adequadamente, as pessoas precisam ser orientadas e, na medida do possível, devem ser envolvidas nas soluções, encaminhamentos e tratamentos construídos de comum acordo, sempre procurando evitar que a pessoa levada para o atendimento seja alijada do processo.

Os serviços de atenção psicosocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças. Como devem ser lugares onde a crise possa ser acolhida, pode ser que tenham de oferecer leitos de suporte nos quais as pessoas possam ser internadas por um breve período. No Brasil, as portarias ministeriais 189/91 e 224/92 instituíram várias modalidades, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicosocial (CAPS), que foram reestruturados pelas portarias n. 336/2 e 189/2 estabelecendo várias modalidades de CAPS.

Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira). O horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira.

- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- CAPSi – Atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPSad – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

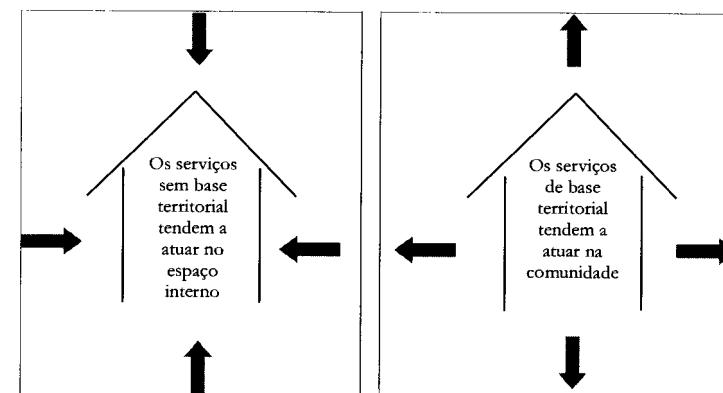
Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária (Brasil, 2004).

Como é possível observar, os CAPS III funcionam 24 horas e oferecem leitos de atendimento à crise. Ao contrário dos hospitais psiquiátricos são leitos em salas abertas, com bastante possibilidade de acompanhamento das pessoas por todo o período em que elas estiverem internadas.

Os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de operadores de diversas categorias profissionais, muitas consideradas ‘externas’ à área da saúde, tais como: músicos, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, a depender da possibilidade de cada serviço, de cada cidade ou da criatividade de cada um.

Os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território que, como abordamos anteriormente, não se reduz ao espaço

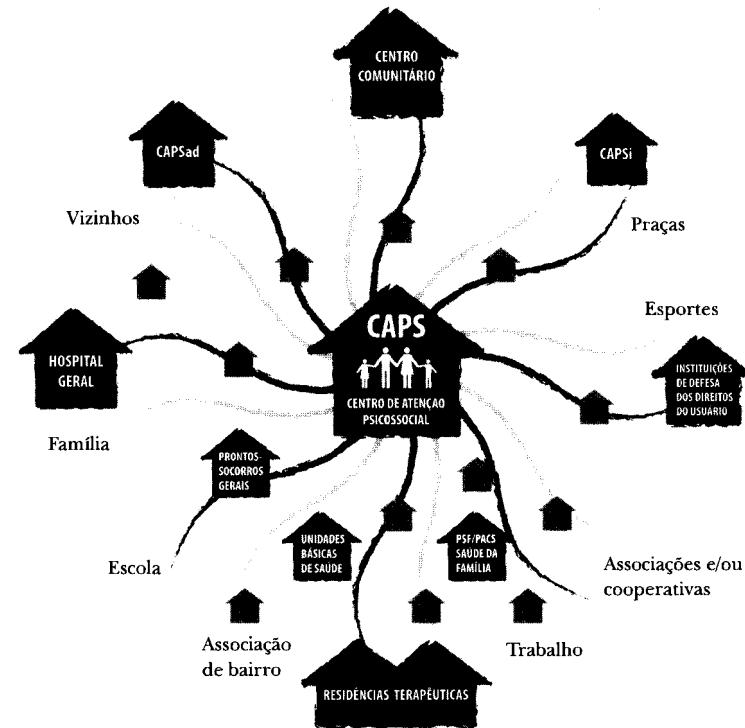
geográfico. O serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. Nos centros americanos e franceses de saúde mental, as oficinas eram criadas no interior dos serviços. Tinham um caráter de ofício terapêutico (remanescente da noção de terapêutica moral) e uma função normativa, de produção de subjetividades adequadas à norma social. Atualmente, a tendência é construir ‘atelês’ pelo espaço social, pela cidade afora... O desafio está na possibilidade de encontrar associações civis, times de futebol, entidades comerciais, enfim, alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial, incluindo as pessoas em acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas (Cf. diagrama a seguir).



Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

A Figura 3 apresenta uma ideia de Rede de Atenção à Saúde Mental tal como entendida pelo Ministério da Saúde, mas que pode ser bem mais ampla e complexa, de acordo com as possibilidades locais e a criatividade de cada serviço ou equipe.

Figura 3 – Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do MS



Fonte: Brasil, 2004.

#### AS ESTRATÉGIAS DE RESIDENCIALIDADE E EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS

Os mais de trezentos anos de psiquiatria centrada no hospital psiquiátrico produziram muitas sequelas e desastres nas vidas de muitos milhares de pessoas. Quando iniciamos um trabalho de desinstitucionalização e constituição de um trabalho de saúde

mental e atenção psicossocial, nos deparamos com muitas pessoas que vivem há décadas enclausuradas nestas instituições. O modelo psiquiátrico e asilar que as oprimiu reduziu-lhes as expectativas, obstruiu-lhes os projetos de vida, achatou-lhes as expressões e sentimentos. Desta forma, a grande maioria delas não tem condição de voltar a viver sem a ajuda de terceiros e, por isso, é muito importante que sejam organizados programas e estratégias de apoio psicossocial para estas pessoas, dentre as quais as estratégias de residencialidade e de subsídios financeiros. Depois de muitos anos vivendo institucionalizadas, muitas não querem sair do clauso, muitas não têm famílias ou suas famílias não as desejam mais em casa. As famílias, até como mecanismo de defesa, para que não sofram tanto com a hospitalização de um de seus membros, reorganizam-se e reacomodam até mesmo os espaços da casa. Após algum tempo, não há mais lugar para aquele que partiu.

Mas, como disse anteriormente, muitos internados também não querem retornar para suas casas, e se nos debruçarmos com atenção sobre algumas das contribuições da Antipsiquiatria entenderemos o motivo. Assim, as políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas. Um passo inicial se dá com a organização de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é acompanhar as pessoas, ajudando-as a construir autonomia e independência: arrumar-se, preparar alimentos, ler jornais, ouvir rádio e ver televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, falar com as pessoas na rua, ir à igreja, jogar bola...

As equipes podem continuar acompanhando as pessoas em diferentes graus de autonomia e independência. Existem pessoas dependentes que não conseguem realizar as atividades da vida

cotidiana, mas, nem por isso, deveriam ser mantidas em instituições fechadas. É incrível como as experiências de desinstitucionalização têm demonstrado que muitas das pessoas internadas, em cujos prontuários existem anotações de alheamento, desinteresse social, estereótipias, ausência de iniciativa etc, são protagonistas de uma transformação radical. Para saber até onde podem ir, só há uma opção: possibilitar-lhes participar do processo de desinstitucionalização!

Em muitas situações é necessário que as residências sejam assistidas ou supervisionadas em graus de complexidade que variam com a autonomia e independência dos moradores. Mas em vários países (por exemplo, Itália, Espanha, Canadá, Noruega, Inglaterra, dentre outros), existem experiências de residências absolutamente autônomas. Nas residências com pessoas menos autônomas, podem ser oferecidos cuidados profissionais (médicos, psicológicos, fisioterápicos etc.), ao mesmo tempo que, nas residências com pessoas mais autônomas, todas as atividades ditas terapêuticas são realizadas nos recursos sanitários existentes no território. De qualquer forma, é importante ter como princípio que cumpre às equipes de Saúde da Família, com a supervisão e o 'apoio matricial' dos serviços de atenção psicosocial (como veremos mais adiante), acompanhar todas as residências existentes no território.

No caso do Brasil, por meio da Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os "serviços residenciais terapêuticos", destinados aos internos em instituições psiquiátricas por um período de, no mínimo, dois anos. Em que pese o fato de denominar as residências de serviços e, mais grave, de terapêuticos, a iniciativa vem contribuindo para a superação do modelo psiquiátrico predominantemente asilar ainda hegemonicó.

A observação relacionada à denominação não se refere a um simples rigor conceitual, e sim ao risco de indução aos aspectos indesejáveis de casas que deveriam ser menos institucionalizadas e de instituições que se pretendam terapêuticas em si (recordemos Esquirol e Tenon com o hospício como o melhor remédio!). A terapêutica deve ser função dos técnicos e dos tratamentos nos locais destinados a este fim (que nem por isto são terapêuticos de *per se*). Desta forma, nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências. Para que seja possível evitar este destino, é preciso ter em mente, todo o tempo, que se trata de casas, e recusar cotidianamente as tendências à banalização, repetição, padronização de atitudes ou de ‘serialização’ (como nos aponta Sartre). Devemos lembrar que o dia a dia deve ser de uma casa!

A política brasileira de estratégias de residencialidade ainda está restrita aos sujeitos egressos de instituições nas quais estiveram por mais de dois anos internados. É nossa expectativa que a proposta seja extensiva a todos aqueles que também tenham dificuldades de moradia ou convívio familiar. A medida certamente contribuiria como alternativa para estas pessoas, principalmente para as que nunca passaram por um hospital psiquiátrico, o que restringiria o processo de cronificação institucional ou “carreira moral do doente mental”, expressão usada por Goffman (1992) para denominar o processo de institucionalização produzido pela instituição psiquiátrica.

Uma vez que muitas pessoas que viveram longos anos institucionalizadas não têm facilidade para conseguir um emprego, ou um emprego com renda suficiente para que possam sustentar-se, ou outra forma de recurso financeiro, vários países garantem uma renda mensal mínima a título de subsídio. No Brasil,

como parte integrante de um programa denominado “De volta pra casa”, a Lei n. 10.708, de 31/7/2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas.

### AS COOPERATIVAS, CENTROS DE CONVIVÊNCIA E EMPRESAS SOCIAIS

Uma iniciativa considerada muito ousada, até mesmo insana para a época, foi a criação de cooperativas de trabalhos para os pacientes internados no hospital psiquiátrico. Franco Basaglia constatou que, lá pelos idos de 1973, no Ospedale San Giovanni, que ele dirigia em Trieste, uma boa parte dos ‘funcionários’ eram ‘pacientes internados’. Ora, se poderiam trabalhar, poderiam receber pelo trabalho, nada mais justo! Mas a administração pública não permitiu porque os considerava loucos. Além disso, entendia que o trabalho que realizavam era ou ‘voluntário’ (certamente inserido nas modalidades que as instituições totais criaram para o controle dos internos, pelo sistema de privilégios, premiações e punições) ou até mesmo ‘terapêutico’ (adequado às visões arcaicas da laborterapia e ergoterapia, filhas legítimas do trabalho terapêutico nas colônias de alienados). Foi assim que a história registrou a ‘primeira greve de loucos’ em toda a humanidade!

A solução foi dar alta a todos os envolvidos, que assim terminaram por constituir uma cooperativa – denominada Lavoratori Uniti (Trabalhadores Unidos) – que foi contratada para exercer várias tarefas do hospital (limpeza, cozinha, lavanderia, serviços gerais). Anos depois, a iniciativa foi considerada tão inovadora e eficaz (inclusive ‘terapeuticamente’, se esta fosse uma terapia), que a OMS passou a apoiar o projeto, a divulgar e

estimular iniciativas similares em outros países. Ainda mais, foi aprovada uma lei nacional criando cooperativas sociais, destinadas a oferecer trabalho a pessoas consideradas 'em desvantagem social'. Isto acabou por inspirar uma legislação da Comunidade Econômica Europeia, que passou a apoiar política e financeiramente os projetos agora denominados Empresa Social.

Em resumo, as políticas de saúde mental e atenção psicosocial passaram a adotar estratégias mais específicas e concretas de criação de projetos de geração de renda para as pessoas em acompanhamento na rede. Com as cooperativas ou empresas sociais ou mesmo com projetos de geração de renda que incorporam os mesmos princípios das anteriores, a questão do trabalho foi alvo de uma reviravolta. O trabalho deixa de ser uma atividade terapêutica (prescrita, orientada, protegida), ou deixa de ser uma forma de simples ocupação do tempo ocioso, ou, ainda, uma forma de submissão e controle institucional para se tornar uma estratégia de cidadania, de autonomia e de emancipação social. Atualmente existem muitas iniciativas de inclusão pelo trabalho e geração de renda.

É neste sentido que, também no Brasil, foi aprovada a Lei 9.867, de 11 de novembro de 1999, que instituiu as cooperativas sociais "constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho" e que "se fundamentam no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos" e, muito embora tivesse nascido no âmbito do movimento social da saúde mental e reforma psiquiátrica, ampliou o leque de beneficiários da lei.

Em São Paulo, existe uma experiência, iniciada nos primeiros anos da década de 90, que ainda hoje tem uma grande expressão

por sua originalidade. Trata-se dos Centros de Convivência e Cooperativas (Cecco), que possibilitam espaços de sociabilidade, de redes sociais de solidariedade e encontros entre sujeitos de diversas origens e condições sociais e culturais. Os Ceccos nos ensinaram que a cidade é repleta de recursos e que basta um projeto e vontade para encontrá-los.

#### SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma das áreas mais promissoras é esta da saúde mental na saúde da família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família. A equipe básica da ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, estes, devem ser residentes no próprio território de atuação da equipe. Em alguns casos é incluído um odontólogo. Cada equipe é responsável pela atenção a cerca de 800 famílias, o que significa em torno de 3.500 pessoas.

A ESF é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. É em decorrência deste objetivo que o 'programa' foi substituído por 'estratégia'. Vejamos o motivo.

Como vimos anteriormente, o modelo biomédico terminou por constituir um sistema altamente centrado no hospital, e isto não apenas no âmbito da assistência psiquiátrica. A medicina clínica moderna nasceu no hospital e se reproduziu no hospital. Todos nós, profissionais da saúde, somos formados no hospital, fazemos 'residência' (isto é, moramos no hospital) e desenvolvemos nossas atividades predominantemente no hospital. Em decorrência deste modelo, aprendemos a lidar tão somente com

doentes, ou melhor, com as doenças dos doentes. Não aprendemos a lidar com as pessoas, com as famílias, com as comunidades. Enfim, não aprendemos a lidar com a saúde. Uma questão que sempre me intrigou é que, ao iniciar o curso de medicina, a primeira aula que tive foi de anatomia; meu primeiro contato foi com ‘peças’ de órgãos de pessoas que haviam falecido. Se não tomasse a iniciativa de me envolver com projetos comunitários, eu só começaria a lidar com pessoas quando já estivesse no quarto ano da faculdade, o que ocorreu com a maioria da turma.

Este modelo centrado na doença ocasionou uma outra característica: o ‘hiperespecialismo’. Cada especialista trata de um tipo apenas de doença; em geral, cada um lida com um só órgão do corpo humano. Em suma, a medicina levou ao extremo a ideia de que é a arte de curar as doenças, minimizando a ideia de que é, também, a arte de prevenir as doenças e de lidar com a saúde.

A ESF representa o início da possibilidade de reversão desta situação, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde. Considera-se que em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mas não desqualificados), sem muitas sofisticações tecnológicas de diagnóstico e tratamento.

Isso nos remete a uma importante observação: a atenção básica em saúde é também uma estratégia de ‘desmedicalização’, e isto pode ser entendido de duas maneiras. A primeira é no sentido desta alta capacidade resolutiva da ESF, que dispensa grande parte dos encaminhamentos para os níveis mais sofisticados e complexos de atenção, tais como ambulatórios e outros serviços especializados de diagnóstico e tratamento (nível secundário)

e hospitalares e outras unidades de tratamento e diagnóstico hiperespecializado (nível terciário), não valorizando ou estimulando excessivamente a ‘carreira de doente’ na pessoa que vive a experiência da doença.

A segunda se refere a determinadas consequências decorrentes de algumas intervenções médicas (e aqui cumpre ressaltar que estou me referindo à medicina e aos seus agentes profissionais e recursos terapêuticos, e não apenas aos profissionais médicos). Há um certo consenso em considerar que a própria medicina seja capaz de produzir ou agravar as doenças, o que é denominado iatrogenia. “Não causar danos”, proclama um dos princípios fundamentais de Hipócrates. Mas a atitude invasiva e a intermediação de interesses oriundos do denominado complexo médico-industrial podem acarretar muitos excessos e riscos aos usuários.

No entanto, o termo medicalização tem dois significados e pode ser bastante ambíguo. Na tradição inspirada em Michel Foucault (1977a) e Ivan Illich (1975), medicalização diz respeito à apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, ou predominantemente médica. Ou seja, diz respeito à possibilidade de tornar ‘médico’ aquilo que é da ordem do social ou econômico ou político, como por exemplo, uma situação de violência social na qual as pessoas que são objeto da violência são medicalizadas. Em outras palavras, o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que os seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser ‘medicalizada’, torna-se uma ‘depressão’; e a pessoa, um ‘paciente deprimido’.

O outro significado do termo, que geralmente é consequência do processo anterior, é a utilização de medicamentos para

responder à situação que é entendida como patológica. O mais correto, pelo menos para efeito didático, seria denominar esta segunda possibilidade de ‘farmacologização’ ou ‘medicamentalização’, para diferenciá-la da medicalização como vimos anteriormente.

Mas, retomando a discussão, um dos princípios da saúde mental na saúde da família é exatamente o princípio da desmedicalização, no sentido de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários. Na concepção de Lancetti (2006), é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Para tanto, as equipes de saúde da família devem ser bem treinadas na concepção mais geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, entendendo ambas como processos sociais complexos que visam tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da saúde e à construção de consciência sanitária nas comunidades.

Além de um bom treinamento, é importante que as equipes recebam ‘apoio matricial’ para conduzir os casos de saúde mental de forma mais adequada. Para Campos (1999), o apoio matricial tem como objetivo propiciar retaguarda às equipes que atendem às famílias. Os profissionais da saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos.

Lancetti (2006) observa também que, no caso da saúde mental no contexto da saúde da família, a ideia de complexidade é invertida. O que isto significa? No caso da medicina em geral, a complexidade caminha da rede básica (intervenções mais sim-

plificadas) no sentido dos serviços terciários (com recursos mais sofisticados e especializados). No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem.

Por mais de duzentos anos, a relação que a sociedade ocidental manteve com as pessoas em sofrimento psíquico foi mais ou menos a mesma: longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizados pelo abandono ou pelos atos de violência. O conceito de alienação mental (assim como suas derivações posteriores, doença e transtorno mental) implicou atitudes sociais negativas, de medo e rejeição, devido às concepções dele decorrentes, tais como a periculosidade, incapacidade, irracionalidade, sempre estigmatizantes e discriminatórias.

Muitos milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo o mundo. E, apesar das denúncias, das lutas e das práticas inovadoras, ainda existem muitos óbitos em hospitais psiquiátricos e muitas outras situações de violência. Em agosto de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) condenou o Estado brasileiro pela morte de Damião Ximenes, ocorrida em uma clínica psiquiátrica na cidade de Sobral (Ceará) em 1999. A maioria destas mortes e das situações de violência contra as pessoas em sofrimento mental não chega, no entanto, ao conhecimento da opinião pública. Volta e meia ficamos sabendo de uma ou outra situação dramática.

Como vimos anteriormente, o quadro começou a mudar no final da Segunda Grande Guerra, quando a humanidade percebeu as atrocidades que os homens praticavam uns contra os outros e, enfim, se deu conta de que atos absolutamente iguais àque-

les praticados durante a guerra eram habitualmente realizados contra os ‘doentes mentais’ em instituições que em nada se diferenciavam dos campos de concentração. Basaglia (2005) resumiu de forma decisiva e reveladora esta condição ao se referir aos “crimes da paz” praticados em nome da ciência, da ordem e da razão.

E, é exatamente por causa desta postura radicalmente crítica quanto à farsa de tais instituições que se denominam de terapêuticas, que a experiência italiana é, certamente, a mais viva e atual dentre todas as experiências internacionais que visitamos. Em 13 de maio de 1978, o Parlamento Italiano aprovou a Lei 180, que reorganizou o modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental no país. A Lei Basaglia, como também é conhecida, determinou o fim dos hospitais psiquiátricos e possibilitou a abertura das condições legais para a construção de um novo cenário assistencial e político. A data da aprovação desta lei serviu de inspiração para que fosse instituído no Brasil o Dia Nacional da Luta Antimanicomial que, desde 1988, passou a ser comemorado no dia 18 do mesmo mês de maio.

As bases do campo da saúde mental e atenção psicossocial contêm muitos princípios oriundos da forma como Basaglia construiu e operou o seu projeto de intervenção. Um dos fatores favoráveis ao maior sucesso do processo reside no fato de que ocorreu em período posterior aos demais. Desta forma, a ‘tradição basagliana’ pôde exercitar alguns dos princípios e aprender com os erros e acertos das experiências anteriores. Como exemplo, da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional foi valorizada e incorporada a necessidade de envolver os atores sociais, todos eles, dos usuários aos familiares, bem como todos os que trabalham no sistema (que a partir de então passaram a ser denominados, indistintamente, de operadores). Princípios tais como democratização, participação social, envolvimento,

corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial.

Mas, a partir de Basaglia ficou claro que tais experiências não deveriam ser um fim em si, isto é, a imagem-objetivo não seria a transformação do modelo hospitalar em um modelo moderno, higienizado, humanizado, pois as características asilares sempre faziam com que os avanços fossem limitados quando não os faziam retroceder. Assembleias, reuniões de equipe, clubes de pacientes, dentre outros recursos nascidos na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional foram adotados como estratégias para o processo de desmontagem da lógica manicomial e não para o seu aperfeiçoamento. Este é um dos princípios fundamentais da proposta da saúde mental e atenção psicossocial: a superação do modelo manicomial.

A Psiquiatria de Setor contribuiu enormemente ao dar o primeiro passo para fora dos hospícios, organizando as primeiras estratégias de retomada da cultura, da sociedade, da família. Ao introduzir a questão do setor, houve um deslocamento da psiquiatria no sentido das práticas profissionais, que se ampliaram para outras categorias e outras áreas de conhecimento. Os pacientes deixaram de ser exclusivos ‘do médico’ para se tornarem ‘da equipe’. Foi certamente uma grande inovação.

O princípio da referência e contrarreferência foi também decisivo para este novo campo, na medida em que os egressos de uma instituição asilar já recebiam alta hospitalar, sabendo onde ir e com quem continuar o tratamento. A organização das enfermarias com pessoas de uma mesma região é muito utilizada nos processos de desmanicomialização com o objetivo de estimular vínculos sociais e elaborar as saídas do espaço hospitalar em caráter definitivo.

Nesse aspecto, há uma contribuição original de Basaglia: os serviços setoriais deveriam ser fortalecidos a tal ponto que o caminho de volta ao hospital já não precisasse mais ser realizado. Tal iniciativa fazia crescer a importância e a competência técnica e política das equipes ‘multidisciplinares’. Por outro lado, na tradição basagliana o setor vai ser ressignificado como território, no sentido de relevar o espaço de vida das pessoas como espaço de trocas reais e simbólicas, que deve ser também transformado. É no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição e discriminação são edificados no dia a dia de uma determinada cultura social. Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade.

Quanto à Psiquiatria Preventiva, antes de mais nada, é necessário recusar suas pretensões de ‘combate aos males sociais’ ou de ‘melhoria da saúde mental da população’. Basaglia a conheceu bem de perto quando foi professor visitante nos EUA e sobre ela escreveu a *Carta de Nova York*, em que nos alerta para os riscos das buscas de suspeitos e da perigosa ideologia de uma sanidade mental universal. Feitas estas ressalvas, a Psiquiatria Preventiva aportou o princípio da unidade biopsicossocial, que aponta para um caminho de superação do dualismo cartesiano (mente *versus* cérebro), deixando consolidada a ideia que ficou consagrada como o modo da atenção psicossocial (observe que o ‘bio’ ficou esquecido; para alguns por estar implícito!).

Em consequência deste último aspecto, o conceito de crise assumiu uma nova dimensão, deixando de ser expressão de um processo que ocorreria exclusivamente no sujeito. Como sabemos, a crise antes era considerada uma alteração na economia psíquica, para uns, e um distúrbio orgânico, para outros.

Enfim, a Psiquiatria Preventiva contribui para dois deslocamentos em relação à psiquiatria. Um primeiro deslocamento que vai da psiquiatria para a saúde mental, resgatando também a noção de modo psicossocial, o que representa sem dúvida uma ampliação do campo conceitual e uma inovação no aspecto ético da psiquiatria. E outro, que vai do hospício para a comunidade, o que, juntamente com a Psiquiatria de Setor, foi um primeiro passo para devolver à sociedade a responsabilização pela loucura.

O processo brasileiro incorporou as questões nascidas de todas estas experiências, inclusive aprendendo com a tradição basagliana a refletir e a incorporar os erros e os acertos dos processos anteriores. O conjunto das estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália.

São muitas as estratégias e dispositivos que vêm contribuindo para a configuração do novo quadro: as leis estaduais de reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/01; a importante atuação do Ministério Público; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a participação política dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica; a crítica permanente e consistente da violência e da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização; a redução de mais de quarenta mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais; o Programa De Volta para Casa; os projetos de inclusão pelo trabalho; as iniciativas culturais; a Estratégia Saúde da Família.

Basaglia (2005: 246-247) insistia que:

ainda que atualizado, humanizado, ‘medicalizado’, o hospital psiquiátrico, continuando a existir, induz e sanciona também, em relação às necessidades antigas e novas de assistência, toda uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais (...). Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença.

Ou, dito de outra forma, mesmo quando ‘maquiado’, o hospital psiquiátrico permanece como ‘gaiola de ouro’, onde não há cidadania, liberdade e autonomia (Basaglia, 2005).

O que está se configurando é, certamente, a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, consequente, de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental. Franco Basaglia nos falava da “utopia da realidade”, Sergio Arouca falava em “processo civilizatório”. É assim que entendemos este grande movimento de transformações da vida a partir do campo da saúde mental e atenção psicosocial. E me recordo sempre das palavras de Eduardo Galeano no III Fórum Social Mundial em Porto Alegre:

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

## REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. *A Condição Humana*. 6.ed. São Paulo: Forense Universitária, 1996.
- BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Organização de Paulo Amarante).
- BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BONNAFÉ, L. Introdução. In: Autor Anônimo. *Eu Sou um Esquizofrénico*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1969.
- CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 393-404, 1999.
- CEBES. *Revista Saúde em Debate*, v. 13, 1981.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977a.
- FOUCAULT, M. Eu sou um pirotécnico. In: POL-DROIT, R. (Org.) *Michel Foucault: entrevistas*. São Paulo: Graal, 2006.
- HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- HOBSBAWN, E. *Ecos da Marselhesa: dois séculos revêem a Revolução Francesa*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: mémesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

- KRAEPELIN, E. *Introdução à Clínica Psiquiátrica*. Madri: Ediciones Nieve, 1988.
- SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1992.
- SPINK, M. J. *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2004.
- VENTURINI, E. Prefácio. In: AMARANTE, P. (Coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

## SUGESTÕES DE LEITURAS E FILMES

Sobre a transformação do hospital, de instituição de caridade em instituição médica, e sobre a transformação da medicina, de saber e prática social em saber e prática hospitalar, há o capítulo “O nascimento do hospital” de *Micrística do Poder* (Rio de Janeiro: Graal, 1979) e o livro *O Nascimento da Clínica* (Rio de Janeiro: Graal, 1977b), ambos de Michel Foucault. São também fundamentais *Uma História da Saúde Pública* (São Paulo: Unesp/Abrasco/Hucitec, 1994) e *Da Polícia Médica à Medicina Social* (Rio de Janeiro: Graal, 1980), ambos de George Rosen.

O nascimento da psiquiatria, o modelo biomédico e o paradigma psiquiátrico são abordados, de diferentes maneiras, em *Doença Mental e Psicologia* (Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968) e *História da Loucura na Idade Clássica* (Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978), os dois de Michel Foucault; em *A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do alienismo*, de Robert Castel (Rio de Janeiro: Graal, 1978), e em *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*, de Joel Birman (Rio de Janeiro: Graal, 1978). Um belíssimo livro de George Rosen, intitulado *Loucura e Sociedade: sociología histórica de la enfermedad mental*, infelizmente não foi publicado no Brasil, mas pode ser encontrado em espanhol (Madri: Alianza Universidad, 1974).

Sobre as instituições disciplinares, também denominadas ‘totais’, é imprescindível conhecer *Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões*, de Michel Foucault (Petrópolis: Vozes, 1977a), e *Asylums*, de Erving Goffman, publicado no Brasil com o título *Manicômios*,

*Prisões e Conventos*, que reduz a amplitude das instituições asilares por ele estudadas (São Paulo: Perspectiva, 1992).

Sobre a Comunidade Terapêutica, o livro do mesmo nome, de Maxwell Jones, *A Comunidade Terapêutica* (Petrópolis: Vozes, 1978), uma das maiores expressões desta corrente, é a melhor leitura. Já em relação à Psicoterapia Institucional, são raras as publicações no Brasil. Entre elas, podem-se citar o artigo de Giovanna Gallio e Costantino Maurizio, intitulado “François Tosquelles: a escola de liberdade”, em *Saúde e Loucura 4* (organizado por Antonio Lancetti, São Paulo: Hucitec, 1993) e o de Vertzman, Serpa e Cavalcanti, “Psicoterapia Institucional: uma revisão”, publicado em *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (organizado por Benilton Bezerra e Paulo Amarante, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992).

Em relação à Psiquiatria de Setor, também são poucas as referências. Uma delas é o livro de Robert Castel, *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise* (Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987), que é extensivo ao estudo da Psiquiatria Preventiva e da Antipsiquiatria. Para conhecer a Psiquiatria Preventiva, nada mais justo do que começar com os *Princípios de Psiquiatria Preventiva* do próprio Gerald Caplan (Rio de Janeiro: Zahar, 1980). Para as análises críticas sobre a mesma, são fundamentais o ensaio “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária” de Joel Birman e Jurandir Freire Costa (em *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, organizado por Paulo Amarante, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998) e a “Carta de Nova York: o doente artificial”, de Franco Basaglia, publicada em *Escritos Selecionados de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2005).

A Antipsiquiatria foi uma das experiências que mais produziu literatura, e igualmente sobre a qual se produziu uma quantidade

substancial de trabalhos. Destaco *O Eu dividido* de Ronald Laing (Rio de Janeiro: Zahar, 1963), considerada a obra pioneira da Antipsiquiatria. Do mesmo autor, *A Voz da Experiência: experiência, ciência e psiquiatria* (Petrópolis: Vozes, 1988) é uma das mais vigorosas incursões críticas ao modelo científico da psiquiatria. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, de David Cooper (São Paulo: Perspectiva, 1973), o inventor do termo Antipsiquiatria, oferece um panorama geral das bases conceituais e das principais experiências práticas, como a da Clínica Tavistok ou a da Vila 21, no Shenley Hospital em Londres. Entre nós, João Duarte Francisco Jr. publicou *A Política da Loucura (a Antipsiquiatria)*, um interessante e didático livro sobre o assunto (3.ed. Campinas: Papirus, 1987).

*Escritos Selecionados*, de Franco Basaglia, (a que nos referimos anteriormente) e *Desinstitucionalização*, reunião de textos de Franco Rotelli et al. (São Paulo: Hucitec, 1990), abordam os princípios e as bases conceituais e históricas da psiquiatria democrática italiana e a noção de processo social complexo. Para sua dissertação de mestrado, Denise Dias Barros elaborou um minucioso trabalho de pesquisa na Itália, que originou um dos mais completos livros sobre a psiquiatria italiana, desde sua constituição no século XIX, passando pela lei de 1904, até a situação da reforma italiana na década de 90. Trata-se de *Os Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste* (São Paulo: Lemos/Edusp, 1994). Permitam-me incluir *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, de minha autoria (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003), cujo título é inspirado na fábula contada por Franco Basaglia e cujo escopo é a análise da contribuição deste autor para o processo de reforma psiquiátrica.

Em *A Reforma Psiquiátrica*, o psiquiatra espanhol Manuel Desviat (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999) faz um interessante percurso

que vai do nascimento da psiquiatria, passa pelas reformas que aqui estudamos e alcança as experiências e políticas nacionais de saúde mental mais importantes atualmente, inclusive a canadense, a espanhola e a brasileira.

Para aprofundar o estudo sobre o nascimento das instituições psiquiátricas no Brasil e a constituição de uma psiquiatria nacional, são referências os livros *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil* de Roberto Machado et al. (Rio de Janeiro: Graal, 1978) e *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* de Vera Portocarrero (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002). Sobre as primeiras décadas do século XX Jurandir Freire Costa, a partir da análise da Liga Brasileira de Higiene Mental, discute a questão da prevenção em saúde mental, assim como o papel político, social e ideológico da psiquiatria em *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (Rio de Janeiro: Documentário, 1976). As relações entre loucura, justiça e legislação são contempladas por Pedro Gabriel Delgado, em *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil* (Rio de Janeiro: Tê Cora, 1992).

Sobre a história e o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, indico um livro oriundo de uma pesquisa realizada por nossa equipe do LAPS, ao longo de alguns anos na Fundação Oswaldo Cruz: *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (coordenado por Paulo Amarante, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005). Além de uma análise genealógica do processo brasileiro, contém um resgate das bases conceituais da reforma brasileira, revisitando todas as experiências internacionais de reforma. A contribuição santista, não somente à reforma psiquiátrica, mas também à reforma sanitária brasileira está presente, toda ela, em *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*, organi-

zado por Florianita Braga e Cláudio Maierovitch (São Paulo: Hucitec, 2000). A primeira cooperativa de trabalho de usuários de serviços de atenção psicossocial e as bases dos NAPS são apresentadas e analisadas na coletânea. Já a importante experiência de São Paulo, capital, pode ser mais bem conhecida em *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996* (Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999), organizado por Maria Cláudia T. Vieiria, Maria Cristina G. Vicentin e Maria Inês A. Fernandes. Como o próprio título demonstra, o livro desenvolve também uma interessante discussão sobre o tema da rede na atenção psicossocial.

Ana Pitta, uma das pioneiras da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial no Brasil, tem uma produção bastante prolífica no campo, mas merece destaque especial a organização da coletânea *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (São Paulo: Hucitec, 1994), que reúne importantes autores nacionais e internacionais sobre o tema. Bernadete M. Dalmolin publicou recentemente *Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006), uma obra a um só tempo poética e de pesquisa que nos instiga a repensar até mesmo o modo da atenção psicossocial e os novos serviços e práticas assistenciais e nos aponta para a direção radical do território como caminho da desconstrução da loucura.

O tema da família é muito importante e deve ser sempre nuclear nas práticas que se pretendem inovadoras, pois não há desinstitucionalização sem a participação efetiva dos familiares. Neste sentido, algumas referências são imprescindíveis: *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares* de Jonas Melman (São Paulo: Escrituras, 2001) e *Transtorno Mental e o Cuidado na Família* de Lúcia Cristina dos S. Rosa (São Paulo:

Cortez, 2003). Eduardo Mourão Vasconcelos tem como preocupação refletir não apenas sobre os familiares, mas também sobre os próprios usuários. Com Richard Weingarten, Carla Leme e Patrícia Novaes, publicou *Reiventando a Vida: narrativas de recuperação de convivência com o transtorno mental* (o que me recorda um dos últimos ensejos de Basaglia), com histórias e depoimentos de (usuários) militantes do Movimento da Luta Antimanicomial (Rio de Janeiro: EncantArte, 2005).

Sobre os princípios, as bases conceituais e as estratégias adotadas pelos novos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, o texto de Giuseppe Dell'Acqua e Roberto Mezzina, “Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial” é praticamente uma leitura obrigatória, pois está no cerne histórico da modalidade assistencial dos chamados serviços de base territorial – In: Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicosocial 2*, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. Ainda sobre os serviços de atenção psicosocial, existe o livro *A Clínica da Psicose*, de Jairo Goldberg (Rio de Janeiro: Ed. Tê-Corá, 1992) e o já citado livro de Jonas Melman. Ambos resgatam os princípios e a constituição do primeiro CAPS brasileiro.

Antonio Lancetti (Org.) dedicou o número 7 da Coleção *Saúdelucura* ao tema da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (São Paulo: Hucitec, 2002). É um livro repleto de ideias e relatos das experiências mais importantes desenvolvidas no Brasil na referida interface temática. Com Antonio Lancetti, elaborei o capítulo “Saúde Mental e Saúde da Família” para o *Tratado de Saúde Coletiva* (coletânea organizada por Gastão W. S. Campos et al. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. Fiocruz/Hucitec, 2006). *Saúde Mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho*

assistencial é um texto muito objetivo e relevante de apoio aos profissionais que atuam na assistência, de autoria de Alice Bottaro Oliveira, Marcos Antônio Vieira e Socorro Andrade (Cuiabá: NESM/Olho d'Água, 2006). Sobre a terapia comunitária, o livro mais adequado é *Terapia Comunitária Passo a Passo*, de seu próprio fundador, Adalberto Barreto (Fortaleza: Gráfica LCR, 2005).

A questão das novas possibilidades/transformações da clínica é um dos temas mais debatidos e tensos da área. Como indicações, existem *Clínica em Movimento*, de Ana Marta Lobosque (Rio de Janeiro: Garamond, 2003), *Saúde Paideia*, de Gastão Wagner Campos (São Paulo: Hucitec, 2003) e *Clínica Peripatética*, de Antonio Lancetti (São Paulo: Hucitec, 2006). Uma discussão bem geral do modo psicossocial, suas origens e impasses, é realizada por Benedetto Saraceno em *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (Rio de Janeiro: Ed. Te-corá, 1999).

Ainda no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, é oportunno ressaltar duas coleções que oferecem uma série de contribuições importantes para a área – *Saúdelucura* e *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicosocial*. E quanto às leis (especialmente a Lei 10.216/0, referente à reforma psiquiátrica), às portarias ministeriais e à política oficial brasileira, vale consultar *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004* (Brasil. Ministério da Saúde/SAS, Brasília: 2004) e *Saúde Mental no SUS: os centros de Atenção Psicosocial* (Brasil. Ministério da Saúde/SAS, Brasília, 2004).

O profissional que atua neste campo e que pretende incorporar a noção de complexidade e de processo social complexo, não deve abster-se de ler e refletir seriamente sobre os escritos de pessoas que vivenciaram a instituição ‘do lado de lá’, isto é, como internos. Para alguns profissionais, tais obras não passam de curiosidades ou de relatos emocionados e comoventes, po-

rém, exagerados e fantasiosos em muitos dos casos. Insisto em que mudemos esta forma de opinião. Affonso Henriques Lima Barreto, ou simplesmente Lima Barreto, como ficou consagrado na literatura brasileira, registrou o duro e cruel cotidiano do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro em *Diário do Hospício*. Produziu também algumas (até que ponto?) ficções nas quais a psiquiatria e o hospício são objetos de críticas. *Cemitério dos Vivos* nos faz acreditar que é parte de seu diário; *Como o Homem Chegou* é um duro golpe na violência e prepotência psiquiátrica; *O Triste Fim de Policarpo Quaresma* discute sanidade, loucura, sociedade. Este último deu origem a um belíssimo filme (*Policarpo Quaresma: Herói do Brasil*), no qual o diretor Paulo Thiago tratou com especial cuidado a crítica à ciência psiquiátrica e sua visão da normalidade social.

Na década de 40, a jornalista Maura Lopes Cançado escreveu um dos mais contundentes relatos de uma internação psiquiátrica. Vivido no Centro Psiquiátrico Nacional, no bairro do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, *O Hospício é Deus: Diário I* (Rio de Janeiro: Record, 1979) fala por si só sobre as verdades da instituição psiquiátrica. Por ação judicial da família, o *Diário II* nunca foi publicado. Foi no mesmo hospital, no Engenho de Dentro, que o jornalista, compositor e poeta tropicalista Torquato Neto foi internado. Como parte de sua missão de “desafinar o coro dos contentes”, Torquato deixou-nos um enorme legado cultural, dentre eles algumas reflexões escritas no hospital publicadas com o título “D’Engenho de Dentro”, no livro *Os Últimos Dias de Paupéria* (Rio de Janeiro: Eldorado, 1973). Mais recentemente, um outro livro de registro de internações psiquiátricas merece destaque. *O Canto dos Malditos* de Austregésilo Carrano Bueno (Curitiba: Scientia et Labor, 1990) deu origem

ao longa-metragem *Bicho de Sete Cabeças*, dirigido por Laís Bodansky, ainda hoje a mais premiada produção cinematográfica brasileira. O autor foi processado pelos proprietários do hospital psiquiátrico onde quase foi morto em decorrência dos maus-tratos sofridos. O jornalista Hiran Firmino publicou *Nos Porões da Loucura* (Rio de Janeiro, Codecri, 1982) e recebeu, pelo livro, o Prêmio Esso de Jornalismo, uma das mais incisivas denúncias da realidade dos hospícios brasileiros ou “um contundente retrato dos campos de concentração da psiquiatria brasileira” como anunciado no próprio livro.

Machado de Assis é um autor que dedicou muitos de seus trabalhos ao tema da loucura. Seja em *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, seja em *Quincas Borba* ou em muitas de suas crônicas publicadas nos jornais, como aquela publicada em *A Semana*, em 1896, sobre a fuga dos ‘doudos’ do Hospício Nacional de Alienados. Seria o cronista um dos fugitivos? Mas é em *O Alienista* que Machado de Assis supera todas as expectativas com reflexões e críticas ao modelo científico da psiquiatria que são ainda absolutamente atuais e pertinentes. Nelson Pereira dos Santos fez *Azyllo Muito Louco*, livre adaptação cinematográfica de *O Alienista*, com participação de Leila Diniz, em que o alienista Simão Bacamarte é substituído por um padre!

É importante destacar alguns outros filmes que são fundamentais para conhecer e refletir sobre as questões relativas ao campo da saúde mental e atenção psicossocial. O primeiro deles é o curta-metragem com o qual Helvécio Ratton estreou como cineasta. Trata-se de *Em Nome da Razão*, um dos mais realísticos e emocionantes documentários sobre as instituições psiquiátricas, todo ele filmado nas enfermarias, celas fortes e pátios do Hospital Psiquiátrico de Barbacena. Este filme tornou-se emble-

mático na luta antimanicomial no Brasil.

Outro trabalho de enorme importância é a trilogia produzida por Leon Hirszman sobre três internos pintores do Museu de Imagens do Inconsciente, no Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro. Os filmes são: *Imagens do Inconsciente – 1. Em Busca do Espaço Cotidiano; Fernando Diniz*; *2. No Reino das Mães: Adelina Gomes* e *3. A Barca do Sol: Carlos Pertuis*. Sobre a fundadora do museu, Walter Melo produziu a bonita obra *Nise da Silveira* (Rio de Janeiro: Imago, 2003).

A vida de uma catadora de lixo louca foi uma das mais belas produções do cinema brasileiro e uma das mais premiadas também. Sobre uma louca e seu lixo, o diretor Marcos Prado, talvez por sua visão jornalística não científica, fez *Estamira*, um poema. *Sem Controle*, de Eduardo Moscovis, apresenta uma visão preconceituosa, mas ainda assim vale pelas cenas em que tem o Hamilton Assunção cantando *Sufoco da Vida* e as oficinas de arte. Há também *Verônica Decide Morrer*, livro de Paulo Coelho e filme de Emily Young. E há ainda *Lóki*, de Paulo Henrique Fontenelle, sobre Arnaldo Baptista (Os Mutantes), e a novela *Caminho das Índias* de Glória Perez.

Na filmografia internacional existem muitas produções que mereceriam destaque, mas vou me deter em algumas poucas, dada a natureza deste trabalho. *As Loucuras do Rei George*, (direção de Nicholas Hytner) sobre o enlouquecimento ‘real’ de George III da Inglaterra, no bojo do processo de independência das colônias da América, e *Wicked: entardecer insensato* (direção de Carlo Lizzani) se referem aos primeiros anos de vida do alienismo e da psiquiatria/psicanálise, respectivamente. *Um Estranho no Ninho*, de Milos Forman, com Jack Nicholson, nos remete tanto à psiquiatria preventiva quanto à Antipsiquiatria. Sobre esta última, *Vida em Família* (direção de Kenneth Loach) se tornou um

clássico e inclusive contou com a colaboração de Ronald Laing.

Sobre a experiência italiana e o processo de saúde mental e atenção psicosocial, merecem destaque *Ivo, o gênio*, de Alessandro Benvenutti, sobre um jovem egresso de um manicômio que retorna para seu vilarejo, e *Uma Janela para a Lua*, de Alberto Simone, sobre o encontro de um astrônomo com uma cooperativa de loucos. *O Ponto de Mutação*, de Bernt Capra, com supervisão de seu irmão Fritjof Capra, autor do livro homônimo que originou o filme, pode ser muito interessante para complementar as reflexões sobre ciências e verdades, abrindo mais janelas e perspectivas.

*Formato:* 12,5 x 18 cm

*Tipologia:* Letter Gothic e Garamond

*Papel:* Off Set 75g/m<sup>2</sup> (miolo)

Cartão Supremo 250g/m<sup>2</sup> (capa)

*CTP, impressão e acabamento:* Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.  
Rio de Janeiro, abril de 2011

Não encontrando nossos títulos em livrarias,  
contactar a EDITORA FIOCRUZ:

Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

[www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora) | [comercialeitora@fiocruz.br](mailto:comercialeitora@fiocruz.br)