

A CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA NAS INSTITUIÇÕES SOCIAIS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA

CHANGING SOCIAL INSTITUTIONS: THE PSYCHIATRIC REFORM

Maria Stella Brandão Goulart¹

RESUMO

Partindo de uma revisão da história da reforma psiquiátrica no Brasil, o artigo discute se a reforma pode ser considerada uma mudança democratizante, em seus processos e em seus resultados. Enfoca a importância de novos atores institucionais, como o Movimento Antimanicomial, na retomada do processo de mudança e ressalta novos desafios, contradições e propostas de organização da assistência psiquiátrica em um modelo emancipatório.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Mudança institucional

ABSTRACT

The paper presents a historical account of the psychiatric reform in Brazil in order to question its democratizing nature as far as its processes and results are concerned. It emphasizes the importance of the new institutional actors, such as the "Antimanicomial" Movement, in the renewal of the process of change. It points out to the need for dealing with the new challenges, contradictions and proposals of reorganizing psychiatric care within an emancipatory view.

Key words: Psychiatric Reform, Institutional change

O artigo que ora apresentamos tem a intenção de retomar o processo de reforma das instituições psiquiátricas, de modo a refletir sobre sua trajetória de estruturação. Interessa-nos o enquadramento de um processo de mudança, tomado, especialmente, no que concerne aos esforços de reconstrução ética e cultural da sociedade brasileira que foram conduzidos por atores coletivos, comprometidos com movimentos sociais e, ao mesmo tempo, com projetos profissionais na área de saúde mental, que escapam aos contornos técnicos para tomar a forma de projetos políticos emancipatórios. Procurando correlacionar tais projetos com a democratização de

¹ Psicóloga social, professora da PUC Minas, mestre em Sociologia e Doutora em Ciências Humanas – sociologia e política.

instituições, inerentes não apenas ao cenário político, mas ao societário, nos perguntamos se a reforma psiquiátrica seria uma expressão de mudança institucional democratizante, no modo como tem sido construída e em seus resultados. Ou ainda, gostaríamos de refletir sobre a validade deste tipo de formulação diante de processos de mudança, que envolvem racionalidade técnica e intencionalidade, expressas em ações, atores e suas proposições.

A reforma psiquiátrica tem evocado, do ponto de vista teórico, a discussão acerca da *desinstitucionalização*. No entanto, o desafio que se coloca atualmente é o da *institucionalização ou re-institucionalização*, que é intrinsecamente problemática. O termo *desinstitucionalização*, em cena desde a década de cinquenta, tem diversas conotações (Kinoshita, 1987). Pode remeter-nos tanto à perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, em fórmulas radicais professadas em formatos radicais, como o foram os adeptos da antipsiquiatria; como pode significar, ainda, processos de racionalização de recursos financeiros e administrativos conduzidos por gestores públicos. No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, interessa particularmente a conotação desenvolvida na Itália dos anos 60 e 70, onde a *desinstitucionalização* significou a *desconstrução* de modelos e valores racionalístico-cartesianos; a construção da psiquiatria democrática; e a transformação das relações de poder nas esferas privadas e públicas, efetivada por iniciativa de psiquiatras (Goulart, 2004).

A *desinstitucionalização* coloca em evidência, a nosso ver, a articulação entre as práticas institucionais e as não-institucionais, ou as ações coletivas que devem ser esclarecidas, mas sem perder de vista *a quê e a quem* se pode atribuir o empreendimento de autoconstrução ou reinvenção societária (Castoriadis, 1988). Trata-se de enfatizar seu caráter não espontaneísta ou acidental. Entendemos que os processos de mudança mobilizam esforço de participação e agencia por longos períodos de tempo, não sendo simplesmente tributário ou resultante de tensões ou contradições estruturais e conjunturais genericamente entendidas como *forças instituintes*.

No que concerne à direção que toma um processo de mudança emancipatório, o conceito de democracia informa que "o governo pelo povo" (David Held, 1987) é um modo sempre desafiante de organização dos modos de poder. É difícil criar democracia. É difícil manter a democracia. Sua evolução é resultante de luta, ação humana, que, em função de alcançá-la, muitas vezes a sacrifica. Os desafios inerentes à complexa discussão que envolve cada um dos termos que dão substância à definição de democracia - governo, povo e sua conjunção - têm tomado a forma de debates intensos, radicalizações e *difíceis costuras* nos meandros em que temas, como

igualdade, liberdade, autodesenvolvimento moral, interesses comuns e privados, necessidades, vão se processando. No contexto de construção de uma política pública de Saúde Mental, que garanta direitos e amplie as possibilidades de inclusão social, a questão da construção de institucionalidade se torna ainda mais relevante ao nos atermos aos processos de reforma das instituições psiquiátricas na atualidade. Trata-se das relações entre *governo e povo, público e privado*, mas também entre *técnicos e leigos*, entre *agentes de saúde e sua clientela* a tecer os destinos da desrazão em nossa possível civilidade.

A REFORMA

As instituições psiquiátricas e sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, que podem ser chamadas de *humanizadoras*, desde o fim da II Guerra Mundial, em diversos países, especialmente na Europa e América do Norte. A profundidade e amplitude destas reformas variaram, dando forma a paradigmas diferenciados como: a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EUA), a de setor (França) e a Psiquiatria Democrática (Itália).

O ano de 2001 foi indicado pela Organização Mundial Saúde como ano de luta por saúde mental e pelos *doentes mentais*. Trata-se de abraçar o grande desafio de reversão de processos de segregação que imperaram desde o final do século XV e especialmente ao longo dos séculos XIX e XX, em praticamente todo o mundo. A ONU elaborou, em 1991, uma carta de direitos bastante detalhada e propositiva afirmando vinte e cinco "princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental" (Vasconcelos, 1992:116). Este processo de reforma concretiza-se em diversas iniciativas - mudanças e reorientações - no âmbito dos direitos humanos e das políticas sociais com grande inspiração nas reformas ocorridas, especialmente na italiana, que foi efetivada a partir dos anos sessenta, em relativa sintonia com outros processos europeus (Goulart, 2004; Passos, 2000; Amarante, 1996).

Em sua generalidade, a reforma institucional à qual nos referimos, se expressa igualmente em mudanças discursivas. A opção por referir-se aos *doentes mentais* como *pessoas com problemas mentais* ou como *portadores de transtornos mentais*² expressa já uma atitude crítica diante da terminologia médico-psiquiátrica. Sinaliza um esforço de distinção entre o sujeito e seu mal estar, entre o mal estar e a sua patologização (Basaglia, 1981, 2000). Assim, se procura por uma espécie de preservação do sujeito diante do preconceito inerente ao *enlouquecimento* e sua

² Segundo consta na Legislação em saúde mental brasileira sancionada em 2000.

institucionalização na forma de tradução em uma ocorrência médica ou psiquiátrica³. Sabemos que, com o nascimento das instituições psiquiátricas, onde, antes, havia *loucos* e *alienados*, surgem, numa tipologia complexa: *psicopatas*, *psicóticos*, *esquizofrênicos*, *paranóicos*, *neuróticos*, *histéricos* e outros. São figuras de linguagem que brotam do discurso psiquiátrico, do empenho científico de classificação e compreensão e que se convertem não apenas em instrumentos técnicos e metodológicos, mas produzem efeitos culturais e políticos, de alocação de identidade, preconceito e desvalia.

Os textos normativos brasileiros recentes⁴ trabalham com uma terminologia que traduz os *doentes mentais* como *usuários* dos serviços de saúde mental. Assim, se tínhamos anteriormente *pacientes* que eram objeto, passivo, de ações técnicas ou terapêuticas, agora, a pretensão é de que esses sujeitos existam na condição de *cidadãos*, que demandam e usufruam serviços ofertados por agências públicas.

Não é nossa intenção, neste artigo, repassar toda a complexa história das instituições psiquiátricas e da política de saúde mental no Brasil, nos reportando a meados do século XIX, ocasião de inauguração dos primeiros manicômios brasileiros⁵, ou mesmo a estruturas que o antecederam⁶. Basta focar os trinta anos posteriores à ditadura brasileira para localizar tanto os modelos *tradicionais*, como os que se apresentam como inovadores, *substitutivos*, caracterizando o que entendemos como transição, rumo a uma política não excludente.

Jurandir F. Costa (1987) sintetiza bem a situação que qualificamos como *tradicional* quando se referiu à estrutura assistencial psiquiátrica dos anos oitenta⁷ como uma "rede de desumanidade, de ignomínia", especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Segundo ele, "situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três 'pês': pobre, preto e psicótico" (Costa, 1987:48). A rede assistencial a qual Costa se fez referência, neste trecho, passa a ser ofertada, no Brasil, de forma massiva, nos anos sessenta e cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social (Goulart, 1992). Esta rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Seus

³ Lembrando aqui das pesquisas de Michel Foucault e particularmente seu livro "Historia da loucura" (1978) e, remetendo a marcos da nossa literatura brasileira expressos em autores como Roberto Machado, com o "Danação da norma" (1978) e Jurandir F. Costa, "A história da psiquiatria no Brasil" (1976), dentre tantos outros.

⁴ Tomamos como referência, aqui, as legislações e programas de ação em saúde mental.

⁵ No Rio de Janeiro e em São Paulo.

⁶ Aqui recomendamos a leitura do livro Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil, organizado por Tundis e por Costa (1987). Na literatura mais recente, destaca-se o nome de Paulo Amarante.

resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários (Goulart, 1992).

Esta situação se respaldava numa legislação, datada de 1934 (Decreto nº. 24.559) - em vigor no Brasil até o ano de 2000 - que tratava os doentes mentais como sujeitos desprovidos de direitos civis. As internações se processavam de forma automática e arbitrária, convertendo-se em verdadeiras autorizações de seqüestro e condenações a encarceramento - alguns perpétuos - que se processavam, apoiadas em dispositivos superficiais e facilmente manipuláveis. Nos artigos 9º, 10º e 11º da legislação de 1934, "pérolas" nos termos de Figueiredo (1988) fica bem ilustrada a situação:

"Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, *for inconveniente a conservação* do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo *removido* para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, *perturbar ou ofender a moral pública*, deverá ser *recolhido* a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho *ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados*, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação." (FIGUEIREDO, 1988:131. Grifos nossos)

Não é difícil entender porque se dava o fenômeno de superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. A indefinição na qualificação do que seja um *comportamento doentio* que justifique um *seqüestro*, o ato de privar alguém de liberdade retendo-o em cativeiro sem o crivo de um processo legal, e a possibilidade de *qualquer pessoa* poder efetivá-lo não merece maiores comentários. A suspeita de doença mental significou, nos padrões tradicionais de assistência, precisamente um contraponto à cidadania. Os doentes mentais, sob o crivo de um registro médico, que nem sempre se fazia acompanhar de um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa *periculosidade* que lhes era atribuída *a priori*.

⁷ Em certa medida, ainda atual.

A resposta assistencial para o mal estar psíquico ou mental era o internamento. Lugar de doido era mesmo o hospício, colônias, hospitais psiquiátricos, manicômios, enfim, todas as estruturas que preconizavam o tratamento através do afastamento do doente mental do convívio social prolongado, senão definitivo, e de subjuço à ação técnica e assistencial (Machado, 1978).

Mas poderia ser atenuante a possibilidade de que, eventualmente, os aparatos psiquiátricos ofertados fossem terapêuticos. Não era assim. A internação sempre foi vivida como tragédia pessoal. Os estabelecimentos públicos ofereciam serviços de má qualidade e mal se sustentavam, no permanente quadro de carência de recursos advindos do erário público para um serviço sempre mais oneroso, na medida que a demanda não cessava de expandir-se. O cenário era de pobreza e abandono. Os estabelecimentos privados, por sua vez, administravam os recursos advindos da Previdência Social e, em menor escala, da sua clientela. Mas operavam com a perspectiva de geração de lucro que acabava se traduzindo em péssimas condições de hotelaria e desassistência decorrente de ausência de pessoal e serviços especializados adequados. Os hospitais psiquiátricos privados eram, especialmente nos anos setenta e oitenta, verdadeiras *máquinas de ganhar dinheiro* (Moreira, 1983).

Já no final dos anos setenta e ao longo dos anos oitenta, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente explodiu no Brasil, particularmente em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. O ano de 1979 é um marco importante neste período. O psiquiatra italiano Franco Basaglia realizou, em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, uma série de seminários a convite de associações profissionais de psiquiatras e psicólogos que se converteram em fóruns de discussão das instituições psiquiátricas. Ele divulgou o trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizara em Trieste, localidade do norte da Itália, e a então recém aprovada legislação italiana (Lei 180, de 13 de maio de 1978) que previa o resgate de cidadania do doente mental, regulamentava a internação compulsória e estabelecia a progressiva extinção dos manicômios. O trabalho de Basaglia e de sua equipe influenciou fortemente nos rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa (Amarante, 1978; Goulart, 2004).

A realidade da assistência psiquiátrica hospitalar brasileira que veio a público converteu-se em crônica de horrores, dadas as condições indignas que eram ofertadas aos usuários. Seu realismo foi registrado e comentado pela mídia⁸. E foram as

⁸ Aqui, destaca-se o livro do jornalista Hiram Firmino intitulado *Nos porões da loucura* (1982) cujo título sugere uma analogia com a metáfora dos "porões da ditadura militar". Este livro apresenta uma série de reportagens publicadas no jornal Estado de Minas e que resultou em grande impacto na opinião pública no final dos anos 70. Outra referencia importante deste momento foi o filme "Em nome da razão" de Helvécio Rattton que retratava as condições indignas de vida e tratamento dos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena (MG).

denúncias realizadas por diversas associações profissionais de psiquiatria e psicologia que desencadearam este processo: CEBES, Associação Brasileira de Psiquiatria, OAB, entre outras. É quando se esboça o que seria, alguns anos mais tarde, o *Movimento de Luta Antimanicomial* brasileiro.

Tudo isso acontecia ainda em um momento em que vivíamos ainda a repressão às formas de associação e participação que foram típicas do regime de ditadura militar brasileiro. Mas o ano de 1979 foi também o da luta por anistia e revitalização da sociedade civil brasileira, com o ressurgimento dos movimentos de protesto, a multiplicação dos movimentos sociais, a reorganização da sociedade política, a partir da clandestinidade, que daria forma, posteriormente, ao novo político-partidário.

As denúncias e reivindicações de reforma sintonizaram-se com a crise previdenciária que já não suportava concretamente os custos do sistema que ela mesma incentivou (Oliveira, Teixeira, 1985; Goulart, 1992). A crise que se configurou, revelou-se como corrupção, desassistência e violência, resultados de uma política de privatização, de transferência de responsabilidade assistencial ao setor privado, amplamente financiado pelo Ministério da Assistência e Previdência Social, seja no financiamento da construção de hospitais privados, como na compra de serviços psiquiátricos. Uma transferência que incentivou, como dissemos, o crescimento acelerado e descontrolado do parque manicomial privado brasileiro, especialmente na região sudeste. Um aparato privado que era resistente à fiscalização pública e descomprometido com a clientela que acolhia. Já a assistência pública, alicerçada na prática de segregação de doentes mentais em enormes estruturas asilares, agonizava por a falta de recursos, apesar das pontuais iniciativas de reforma que, eventualmente, se esboçavam, não raro por pressão do corpo técnico que acabou se organizando como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Amarante, 1998).

Algumas iniciativas de regulamentação ocorreram protagonizadas pelo Ministério da Assistência e Previdência Social, como o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica da Previdência (ODS nº SAM 304.3, de 1973) e por parte do Ministério da Saúde como a Portaria nº 32.BSB e o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) de 1974. Tiveram, no entanto, pouco impacto diante da gravidade da situação. Eram programas que acusavam, em linhas gerais, a necessidade de racionalização, trabalho preventivo e de reversão do contínuo aumento das internações psiquiátricas.

Efetivamente, apenas o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (1982), elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, CONASP⁹ teve repercussões na realidade assistencial. Ele enfatizava a

⁹ Órgão criado em 1981 para afrontar a crise previdenciária (Pitta-Hoisel, 1984:61).

necessidade de re-interpretação do fenômeno do adoecimento mental, revelando suas dimensões sócio-culturais que se expressavam particularmente no fenômeno da segregação. Além disso, apontava para a necessidade de toda uma reforma institucional que preconizasse integração de ações nos diversos níveis administrativos (federal, estadual e municipal). Do ponto de vista prático, ocorre todo um esforço de reforma dos hospitais psiquiátricos da rede pública, criação de estruturas ambulatoriais extramuros (desvinculadas da estrutura hospitalar e sintonizadas com a assistência global em saúde), em resposta aos aclames por re-investimento no setor público por parte dos profissionais de saúde mental.

O Plano de Reorientação do CONASP¹⁰ significou “uma injeção de verbas e ânimo no então deteriorado sistema de atendimento público” (Goulart, 1992:56). Porém, é importante esclarecer que as re-orientações técnicas e esforços reformistas se respaldaram em um cenário de forte pressão social, sustentada pelos movimentos sociais emergentes que exigiam reformas no âmbito da saúde mental e da saúde em geral, onde se destacam, inicialmente, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento Sanitarista. Foi graças a estes atores sociais e suas ações coletivas que novas propostas surgiram e encontraram operacionalização. Eles eram compostos, fundamentalmente, por médicos, psiquiatras e psicólogos que trabalhavam nas estruturas assistenciais públicas, mas envolviam também leigos e interessados como o Movimento Popular em Saúde (MOP); os militantes do Partido Comunista Brasileiro e do Partido dos Trabalhadores (ainda em estruturação); muitas lideranças ligadas à Igreja Católica (Gerchman, 1995); os estudantes universitários do Movimento Estudantil, que pressionava por reforma dos currículos universitários na área de saúde; entre outros.

Ocorre, no entanto, que as reformas de hospitais públicos se revelariam, também, insuficientes ou mesmo inócuas frente à gravidade do problema. Mesmo as primeiras propostas ambulatoriais, ainda nos anos 80, através da estruturação das equipes de saúde mental, foram ineficientes. E, pior, tomando o caso de Belo Horizonte (MG), a assistência ambulatorial chegou a produzir distorções de demanda (selecionando a clientela que não era de risco, excluindo as crises e casos graves) e de resolutividade (segregação, medicalização e psicologização). As equipes de saúde mental não produziram o enriquecimento da leitura dos problemas enfrentados pela clientela da política de saúde mental (Goulart, 1992). Em um cenário de luta por redemocratização, por eleições diretas para presidente e pela reestruturação do sistema de saúde brasileiro, uma série de reformas de iniciativa governamental se

¹⁰ O chamado CONASP Saúde Mental, que compunha um programa que contemplava a assistência em saúde como um todo.

insinuaram, buscando a integração institucional entre Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social e os demais níveis administrativos regionais, municipais e locais. Mas a sociedade civil, através da I Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, de Saúde Mental (1987), apresentou proposições que formataram a Constituição Cidadã (1988), que estabeleceu a saúde como direito do cidadão e obrigação do Estado, e a construção do SUS, Sistema Único de Saúde, onde as ações em saúde mental estariam organizadas.

Porém, o fato foi que o processo de racionalização dos serviços de saúde mental e as reformas institucionais tiveram pouco impacto numa prática de segregação já consolidada (prática centrada no internamento de longo prazo) e resistia, especialmente porque ali si encontrava ameaçada a própria mercantilização da loucura. Havia necessidade de se atacar de forma mais incisiva a cultura e as práticas asilares, manicomiais, que tinham como principais defensores os donos de hospitais privados organizados na Federação Brasileira de Hospitais, a FBH.

Data de 1987 o início do forte movimento de crítica que tomou a forma do Movimento de Luta Antimanicomial, nascido do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental¹¹ e das lutas por redemocratização que já colhiam resultados na vitória da esquerda em alguns importantes governos estaduais. É interessante registrar a importância que os encontros de profissionais, de caráter científico, tiveram neste período. Congressos e seminários nacionais e estaduais se convertiam em fóruns de discussão política, de denúncias, sendo inclusive muitas vezes permeáveis à participação de públicos leigos e entidades que não pertenciam à área técnica. Dois exemplos paradigmáticos foram o Congresso Brasileiro de Psiquiatria e o Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, ambos ocorridos em Belo Horizonte, no início dos anos 80. Neles, ocorria a participação e articulação das várias profissões envolvidas com a crítica ao modelo assistencial tradicional.

Consolidou-se o que chamamos de luta por reconhecimento (Melucci, 1996) de que havia necessidade de um outro tipo de reforma. Era necessário *mudar a cultura, tanto profissional como leiga*, visando a conquista de maior tolerância e menor autoritarismo frente ao sofrimento mental e a construção de respostas assistenciais mais consistentes e libertadoras. Era também necessária uma reforma legal, que garantisse direitos e cidadania aos portadores de sofrimento mental. Para tanto, era

¹¹ Este movimento nasceu no Rio de Janeiro, deflagrado por uma crise na DINSAM, Divisão Nacional de Saúde Mental, provocada pelas denúncias de médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Tem inicialmente um caráter trabalhista, com reivindicações mais sintonizadas com conquista de condições de trabalho, para depois tomar um formato mais amplo e de impacto político. Sobre este assunto, pode ser consultado o livro de Amarante (1988), Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.

necessário enfrentar os interesses econômicos e corporativistas que tomaram a forma do mercado privado em psiquiatria.

A reforma ocorre, então, paralelamente à transição política brasileira desde o regime ditatorial militar dos anos setenta, à consolidação de democracia representativa com a retomada das eleições diretas em 1989. O sistema assistencial tradicional é confrontado e um modelo alternativo em saúde mental começa a ser construído, problematizando as relações entre as esferas pública e privada, ampliando o acesso, na forma de direito social à saúde (SUS), e a participação na elaboração de propostas. As questões relativas à igualdade e liberdade se colocam como fundamentais na construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos, mesmo considerados os escassos recursos disponibilizados para a reforma.

Os anos noventa consolidam os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção. A descentralização promovida através do SUS associada a variáveis de política local permite o desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar ou centrado no hospital psiquiátrico. Além disso, aumenta a fiscalização de clínicas e hospitais psiquiátricos e ocorre, paulatinamente, limitação ao crescimento das estruturas de internação psiquiátricas e a redução do parque manicomial em todo o país. O esforço de construção não é orientado apenas do ponto de vista técnico. No caso brasileiro, a participação organizada dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, aliados aos usuários dos serviços e seus familiares, no Movimento de Luta Antimanicomial é fundamental para se entender o processo de mudança e sua direção, que ultrapassa os limites da reforma para propor profundas redefinições.

Evidencia-se, tomado o conjunto de iniciativas e variáveis apresentados, a complexidade de uma reforma institucional sustentada ao longo de três décadas: anos 70, 80 e 90. O processo é tributário do contexto de democratização das instituições políticas, assim como de crises de financiamento do Estado, mas não se reduz a uma consequência estrutural. Saberíamos, os estudiosos do processo de reforma psiquiátrica, explicar o processo de mudança que foi desencadeado? A reforma psiquiátrica pode nos ensinar algo com relação à possibilidade de mudança institucional numa direção emancipadora e construtora de cidadania?

A ação transformadora, no caso da reforma psiquiátrica vai se constituindo a partir de um conjunto de iniciativas que emergem, a nosso ver, da reflexividade instaurada pelo corpo técnico e gestores que participavam dos programas assistenciais disponibilizados. Mas é importante questionar ainda a origem da criticidade que "abalou" a cultura profissional que orientava o campo psi (psiquiatra e psicólogos). A internacionalização dos movimentos sociais e de protesto, a formação de redes de

troca de conhecimento e experiências parece indicar que os vetores de natureza simbólica são fundamentais para o processo de transformação, entendendo, inclusive que eles não estão disponíveis permanentemente e mesmo que estejam não garantem a deflagração de processos de mudança que tenham significado histórico. O processo de mudança, obviamente, se encarna em atores sociais que são e representam minorias. Assim, ele percorre ou corrompe as estruturas institucionais de um modo não necessariamente democrático. Apesar de se apoiar em ferramentas de convencimento, a ação transformadora não tem compromissos com "maiorias". Ao contrário, muitas vezes as contrapõem, expressando intensidades e preferências (Dahl, 1996) que acabam por ter, isto sim, a ambição de se tornarem maioria, o que seria o modo de garantia de continuidade dos modos institucionais em uma democracia. O processo de transformação institucional, no que concerne às instituições psiquiátricas, mas não apenas, envolve boa dose de ousadia e risco. A mudança institucional é um processo heterogêneo e não linear. Talvez, em boa medida, possa ser resultante da convergência de minorias, com capacidade de acúmulo de criticidade e cultura em torno de temáticas específicas. É neste sentido que procuramos localizar a ação do Movimento de Luta Antimanicomial que delinearemos a seguir.

A AÇÃO DO MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO PROCESSO DE MUDANÇA

O Movimento de Luta Antimanicomial passou a ser, desde o final da década de oitenta, um dos mais relevantes atores da sociedade civil brasileira no processo de mudança no campo da saúde mental. Trata-se de um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador que congregou profissionais de saúde mental (particularmente psiquiatras e psicólogos que trabalham no setor público como técnicos e como gestores); os portadores de sofrimento mental, em especial os usuários ou ex-usuários dos serviços de saúde mental¹²; e familiares dos portadores de sofrimento psíquico.

Este movimento está, atualmente, organizado através de núcleos¹³ articulados em forma de redes em mais de quinze Estados da federação¹⁴ e uma secretaria

¹² Aqui destacamos a criação de associações de usuários e seus familiares como a ASSUSAM, Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental, de Belo Horizonte.

¹³ Em Minas Gerais, o Fórum Mineiro de Saúde Mental¹³ é o núcleo regional do Movimento, apesar deste ultrapassar seus limites encontrando apoio e realizando iniciativas a partir de diversos grupos e entidades simpatizantes.

¹⁴ Minas Gerais, Espírito Santo, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia, Alagoas, Ceará, Goiás, Mato Grosso, São Paulo, Santa Catarina, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

nacional¹⁵, de modo a garantir uma efetiva descentralização das ações como também a realização de encontros semestrais nacionais e congressos bianuais.

O Movimento de Luta Antimanicomial é uma luta recente, se consideramos sua estrutura organizativa e as referências históricas indicadas por aqueles que dele participam que se remetem, como foi dito, ao ano de 1987. No entanto, ao longo destes anos de estrada, produziu-se um significativo impacto e visibilidade. O movimento conquistou espaço, na qualidade de interlocutores, na gestão da reforma da política de assistência em saúde mental, em diversos níveis, como por exemplo, na comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e fundamentalmente através da participação nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental, que são um importante instrumento de avaliação e controle social do panorama assistência e na construção de diretrizes para elaboração da política na área.

Ele tem como palavra de ordem o *fim dos manicômios*, entendidos aqui como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como *doentes mentais* e todas as pessoas que sejam vítimas de exclusão e violência. Trata-se de uma clara referência à luta Antimanicomial italiana, que, como veremos, preconizou o fechamento de manicômios (hospitais psiquiátricos) desde o final dos anos sessenta e que ganhou forma de lei em 1978, num tipo de iniciativa sem precedentes do ponto de vista histórico (Goulart, 2004a).

Os militantes do Movimento trabalham, pois, como atores da sociedade civil, com a perspectiva de construção de uma ética libertadora das relações entre sociedade e loucura¹⁶ que é traduzida em estratégias de luta como:

- Elaboração e divulgação de propostas de regulamentação, legislação e novas modalidades de atendimento assistencial;
- Realização de eventos culturais como o dia nacional de luta antimanicomial que acontece anualmente em 18 de maio;
- Divulgação do Movimento e edição de informativo de circulação nacional ("Circuladô") editado pela sua secretaria nacional.

Foi do seio deste movimento que surgiram iniciativas, que se revelaram fundamentais tanto a nível legislativo como assistencial. A novidade da estratégia, de iniciativa dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, ligados ao Movimento, foi de promover, então, reformas na legislação e estruturação de práticas alternativas que se dirigissem claramente aos casos de maior gravidade, não somente

¹⁵ Segundo relatórios do I e II Encontros Nacionais de Luta Antimanicomial de 1993 e 1996 respectivamente.

¹⁶ Segundo consta na Carta de Piatã, redigida no I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial (1993).

numa perspectiva clínica, mas de reabilitação sociocultural dos usuários dos serviços ou dos chamados portadores de sofrimento ou transtornos psíquicos.

Em nível nacional, foi apresentado, em 1989, o Projeto de Lei nº3657, que passou a ser conhecido pelo nome de seu proponente do deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores. O Projeto previa, em quatro claros e breves artigos, a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” (1989) e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Este projeto praticamente reproduzia a Lei italiana de 1978, chamada genericamente de *Lei Basaglia*.

Em nível estadual, este chamado Projeto Paulo Delgado, se desdobrou em várias propostas locais encaminhadas pelo Movimento Antimanicomial nas respectivas Assembleias Legislativas Estaduais. As propostas tinham sempre a mesma intenção: dar visibilidade aos problemas dos portadores de sofrimento mental através da criação de debates públicos e resgatar, através de proposições objetivas, o seu exercício de cidadania¹⁷.

A desinstitucionalização pretendida pelo Movimento de Luta Antimanicomial brasileira teve e tem ainda a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial asilar privatizante brasileiro não apenas questionando-o como aparato anti-terapêutico, mas afrontando o discurso que médico-psiquiátrico que lhe dá sustentação. Ou seja, como define Amarante, seguindo os cânones da experiência antimanicomial italiana, buscar a “superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade...” (Amarante, 1996:14) Trata-se de questionar a potencialidade e extensão deste discurso através de uma leitura que enfrenta os seus efeitos sociais e políticos. Isto se traduz na procura de superação da assimetria de contratualidade entre pacientes e profissionais de saúde mental e na necessidade de ampliação dos direitos humanos aos doentes mentais. Convida também, à participação ativa, os principais interessados no processo: os que são alvo das ações e os que as indicam e efetivam. Assim, a desconstrução se processa a partir do interior da instituição psiquiátrica, com a negação do *mandato técnico* como elemento desencadeador e com o apoio à expressão e ação dos portadores de sofrimento mental que se traduz no estímulo na organização dos usuários, através da “autovalorização do seu poder contratual nas instituições e nos contatos interpessoais na sociedade” (Vasconcelos, 2000:70).

¹⁷ Em Minas Gerais, após longo esforço de negociação em comissão de trabalho da qual participavam os diversos segmentos envolvidos, junto à Assembleia legislativa, foi aprovada a Lei nº11.802 (janeiro de 1995), e emendada, após novas rodadas de negociação, em 1997. Outras legislações foram aprovadas no Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, e Rio Grande do Sul.

Podemos indicar sinteticamente alguns resultados deste esforço de construção da nova política de saúde mental que afrontam a necessidade de diversificação das estratégias de atenção ou cuidados, enfatizando aquelas que: não afastam o usuário do seu espaço vital (assistência territorial) e que possam ir além dos esforços estritamente técnicos, psicoterapêuticos ou medicamentosos.

Assim, em grande medida, através da ação deste movimento e do inserimento de seus militantes nas administrações de esquerda, houve efetivo aumento da fiscalização dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, e o fechamento de muitos estabelecimentos e leitos para internação que ofereciam condições indignas de tratamento ou mesmo hospedagem. Além disto, outros projetos assistenciais foram formatados, em sua maioria, com inspiração na *psiquiatria territorial ou alternativa italiana*. Mesmo que a realidade da implementação destas iniciativas seja multiforme, diversa - variando de município a município - ela tem produzido todo um impacto terapêutico diferenciado e que corrobora as críticas ao *modelo tradicional* na medida em que viabiliza respostas assistenciais que não retirem o usuário de seu contexto vital, relacional. Estes novos formatos seriam, em linhas gerais:

- . NAPs, CAPs e CERSAMs: núcleos e centros de referência e assistência em saúde mental que são espaços de acolhimento e tratamento de crises;
- . CERSAMIs: centros de referência em saúde mental infanto-juvenil, também voltado para urgências e crises;
- . Centros de Convivência: espaços de produção cultural e artística, mais comprometidos com projetos de reabilitação e re-inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental;
- . Moradias terapêuticas ou protegidas: casas ou apartamentos para as pessoas que foram alvo das ações tradicionais de segregação - egressos de hospitais psiquiátricos com história de longos períodos de internação e que acabaram por perder seus vínculos com familiares e amigos, se tornando, muitas vezes, incapazes de enfrentar as pequenas operações cotidianas na reprodução de suas vidas (Lei no. 10.708);
- . Programa "De volta para casa": proporciona auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal (240 reais) para pessoas acometidas de sofrimento mental, egressas de hospital psiquiátrico e com história de internação (superior a dois anos) e abandono;
- . Cooperativas de trabalho para viabilizar a reabilitação e re-inserção social.

Estes dispositivos são adaptações das mais bem sucedidas experiências italianas que se identificaram com a luta antimanicomial naquele país.

Aliam-se a estas iniciativas, que estamos definindo como resultantes de pressões do Movimento de Luta Antimanicomial, outras que são resultado de modos

de construção não diretamente ligados à luta antimanicomial, mas ao movimento sanitarista e ao campo da psiquiatria social como:

- . As equipes de saúde mental, vinculadas a unidades básicas de saúde, e ambulatórios;
- . Os Hospitais-dia, que são estruturas hospitalares que ofereçam seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência evitando o distanciamento frente a seu espaço vital;
- . As estruturas de atenção e tratamento para toxicod dependência¹⁸ que são serviços especializados e abertos para o tratamento de toxicomanias;
- . Crescimento do movimento de usuários e seus familiares;
- . Inserção do Movimento de luta antimanicomial nas administrações públicas de esquerda.

No legislativo, o supracitado Projeto de Lei do Paulo Delgado - após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional foi finalmente aprovado em abril de 2001, convertendo-se na Lei Federal no. 10.216. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais através de inúmeras emendas, ele se converteu, em linhas gerais, em uma legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória.

DESAFIOS DO PROCESSO DE MUDANÇA

Alguns desafios são ainda dignos de destaque e acusam a necessidade de mobilização e esforços sistemáticos na construção da política de saúde mental.

O primeiro diz respeito a como afrontar os ainda dominantes interesses do mercado da saúde mental. A prática de internação injustificada¹⁹ em hospitais, apesar de vir sendo regulamentada, ainda requer instrumentos de controle e acompanhamento que garantam que esteja suportada por critérios técnicos e que sejam efetivamente psicoterapêuticas e não apenas repressivas. A diminuição de seu impacto numérico e reversão à tendência hospitalocêntrica depende da implementação das novas estruturas assistenciais, de modo a efetivamente responder às situações de crise psiquiátricas diurnas e noturnas e que sejam capazes de incrementar estratégias de reabilitação e re-inserção social e comunitária. . Este desafio deve ser capaz de

¹⁸ Em BH, temos o CMT, Centro Mineiro de Toxicomania.

¹⁹ Em tempo, ressaltamos que os principais critérios para a internação psiquiátrica seria a possibilidade de risco para ele mesmo ou para terceiros.

afrontar igualmente o risco de desospitalização irresponsável, que perversamente poderia provocar um quadro de desassistência.

Este desafio de reversão de tendência nos projeta em problemas relativos à escassez²⁰ e má distribuição de recursos públicos em saúde. O principal indicador seria o de conversão dos recursos de internação em recursos para os tratamentos territoriais.

Outro desafio importante é o do desenvolvimento de estratégias de avaliação qualitativa dos novos serviços territoriais antimanicomiais. O monitoramento interno²¹ e continuado poderia apoiar iniciativas que afrontassem os problemas relativos à má utilização de recursos decorrentes de processos de psicologização e medicalização de problemas que seriam, na verdade, de cunho sócio-econômico que, a rigor, não são privilégio dos aparatos manicomiais mas um risco que deve ser considerado também nos novos serviços territoriais.

Estes dois últimos desafios de monitoramento e acompanhamento de alocação de recursos impõem a discussão sobre quais seriam os mecanismos de participação dos usuários, seus familiares e a comunidade no processo de consolidação da nova política. As Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde cumprem parcialmente este papel dentro de certa periodicidade. Além delas, e da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica não existem outros mecanismos que garantem participação continuada. Conta-se em geral com a mediação, em certa medida, informal dos profissionais de saúde que participam do Movimento antimanicomial ou de entidades que o apóiem. Fica o risco, de transferência de responsabilidade de cuidados com os portadores de sofrimento mental para a sociedade, especialmente as famílias dos usuários, que podem acabar arcando, elas, com o ônus do discurso de reintegração.

Outro desafio diz respeito ainda à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais e efetivo desenvolvimento de projetos comunitários capazes de responder à proposta de reabilitação e reintegração daqueles que se tornam usuários dos serviços de saúde mental. Aqui se coloca também o problema de em que medida estão sendo formados profissionais capazes de compreender a extensão do problema que se coloca neste campo e de agir, em certa medida, inventivamente, de modo a responder à fragilização psíquica com ações e projetos que articulem atenção e esforço de emancipação. Afinal, não se pode

²⁰ O IPMF, imposto sobre transações bancárias, teve o objetivo de, provisoriamente, suportar o ônus da responsabilização do Ministério da Saúde pelos custos que anteriormente eram arcados pela Previdência.

²¹ O externo é, em boa medida, realizado através das Conferências locais e nacionais de saúde mental.

esquecer que está em questão a possibilidade de construção de modos de operar e de ser capazes de afrontar uma cultura excludente e manicomial.

Tudo somado, e mesmo reconhecendo que ainda estamos distantes de acessar concretamente todo o requintado projeto que nasceu de um movimento crítico e auto-crítico (se considerarmos seu compromisso com a prática e teoria psiquiátrica), podemos concluir pelo reconhecimento dos avanços significativos que ilustra os novos rumos da sociedade civil brasileira em sintonia com o seu projeto de democratização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

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

BASAGLIA, F. **Conferenze Brasiliane**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.

BASAGLIA, F. **Scritti**. Torino: Einaudi Paperbacks, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CASTORIADIS, C. **Encruzilhadas do Labirinto II**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

CARTA de Piatã. I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial. 1993.

COSTA, J. F. Os interstícios da lei. In: **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.

DAHL, R. A. **Um prefácio à teoria democrática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

FIGUEIREDO, G. **O príncipe e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FIRMINO, H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: PERSPECTIVA, 1978.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

GOULART, M. S. B. **Ambulatórios de saúde mental em questão**: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, 1992, 193p. Dissertação. (Mestrado em Sociologia).

GOULART, M. S. B. Sedação feminina: uma tácita e perigosa conveniência nos serviços de saúde. **Cadernos de Ciências Sociais**. Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p.33-41, dez. 1993.

GOULART, M. S. B. Equipe de saúde mental: a Torre de Babel da saúde pública. **Cadernos de Psicologia**. Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 49-56, dez. 1993.

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: FERRARI, I. F., ARAUJO, J. N. G. (Orgs). **Psicologia e ciência na PUC MINAS**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004. p. 291-312.

LANCETTI, A. **Teoria e debate**. n. 8, out./nov./dez. 1989.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

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

MELUCCI, A. **Challenging codes**: collective action in information age. Cambridge: University Press, 1996.

MOREIRA, D. **Psiquiatria**: controle e repressão social. Petrópolis/Belo Horizonte: Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.

OLIVEIRA e TEIXEIRA. **Imprevidência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil (1985).

PITTA-HOISEL, A. M. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo: USP, 1984. Dissertação (Mestrado) – Dep. de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, 1984.

TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do R. (Orgs). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade, São Paulo: Cortez, 2000.

CONTATO

Maria Stella Brandão Goulart

Endereço Eletrônico: goulartstella@yahoo.com.br

CATEGORIA: Ensaio Teórico

Recebido em 05 de jun 2006

Aprovado em 22 de jun 2006