

MICHELLE DE ALMEIDA CÉZAR

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL  
E O COTIDIANO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS:  
UM ESTUDO SOBRE IDEOLOGIA NA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2014

MICHELLE DE ALMEIDA CÉZAR

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL  
E O COTIDIANO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS:  
UM ESTUDO SOBRE IDEOLOGIA NA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia  
Linha de Pesquisa: Processos psicossociais e socioeducativos.

Orientador: Walter Melo  
Co-orientador: Marcelo Dalla Vecchia

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Walter Melo, pelo olhar perspicaz capaz de organizar os pensamentos confusos, pela liberdade concedida ao longo de todo o período de elaboração e pelo respeito ao processo de amadurecimento e desenvolvimento do meu trabalho.

Ao meu co-orientador, Prof. Marcelo Dalla Vecchia, pelas sugestões e apontamentos prestimosos e por inspirar meu interesse pelas ideias marxistas.

Ao NEPIS, que se constituiu como um espaço ímpar de formação, pelas possibilidades de trocas e experiências enriquecedoras e inesquecíveis.

Ao Professor Pedro Gabriel Delgado, por ceder, gentilmente, a matéria-prima para este trabalho.

Ao meu amor, pelo olhar atento de historiador, pela atenção nas discussões que pareciam infindáveis, pela compreensão e apoio sempre.

À minha mãe, exemplo de luta e perseverança, por nunca me deixar desistir.

Aos meus irmãos, por todo carinho.

Ao meu pai, pela compreensão e cuidado.

A todos os amigos que, próximos ou distantes, compartilharam das alegrias e angústias desta caminhada.

## RESUMO

O movimento da Reforma Psiquiátrica constitui-se como um processo gerador de importantes transformações sociais. Configurando-se como um processo social complexo, o movimento reformista incorpora transformações, em pelo menos, quatro dimensões interdependentes. A teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. Devido à necessidade de superar o saber psiquiátrico hegemônico, sustentado pela psiquiatria clássica, as propostas da reforma psiquiátrica se efetivam lentamente, observando-se, nos serviços substitutivos, grandes desafios na implantação e efetivação das políticas públicas de saúde mental. Diante desse descompasso entre as propostas estabelecidas nas políticas públicas de saúde mental e sua efetivação no cotidiano dos serviços substitutivos, este estudo busca compreender como a ideologia está presente na Reforma Psiquiátrica brasileira e como estes aspectos ideológicos interferem na sua efetivação como política pública e como prática social nos serviços substitutivos. Para tanto, são investigadas as dimensões jurídico-política e técnico-assistencial do movimento reformista brasileiro. O recurso metodológico utilizado é a pesquisa bibliográfica/documental e uma entrevista semiestruturada com o psiquiatra e professor Pedro Gabriel Delgado. São analisados os principais instrumentos legais que envolvem o movimento reformista no Brasil, bem como as atas das sessões do Congresso Nacional, nas quais houve discussão e deliberação sobre o Projeto Paulo Delgado até sua transformação na Lei 10.216 de 2001. No que diz respeito à dimensão técnico-assistencial, apresentamos as experiências pioneiras de criação do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e dos NAPS em Santos, abordando os desafios atuais do movimento reformista a partir de uma experiência em serviço substitutivo no interior de Minas Gerais. A compreensão sobre a ideologia e os aspectos ideológicos da Reforma são apresentados nas quatro dimensões que compõem o Movimento, agrupando-se a dimensão jurídico-política à teórico-conceitual e a dimensão técnico-assistencial à sociocultural. Salientamos que, devido à complexidade do conceito, não elegemos um único autor para discorrer acerca da ideologia, procuramos compreender as diversas acepções incorporando-as ao campo da saúde mental. Concluímos apresentando as principais conquistas do Movimento e os desafios que ainda se colocam nos dias atuais.

**Palavras-chave:** reforma psiquiátrica – políticas públicas – serviços substitutivos – ideologia.

## ABSTRACT

The movement of the Psychiatric Reform is constituted as a generator process of important social transformations. Being configuring as a social complex, the reformist movement incorporates transformations, at least, in four interdependent dimensions. These dimensions are the theoretical-conceptual, technical-assistance, legal-political and sociocultural. Because of the need to overcome the hegemonic psychiatric knowledge, supported by classic psychiatry, the proposals of psychiatric reform actualize slowly, noticing, in substitute services, great challenges in the implementation and effectiveness of public mental health policies. Towards this discrepancy between the proposals established in public mental health policies and its effectuation in everyday life in substitute services, this study attempts to understand how the ideology is present in Brazilian Psychiatric Reform and how the ideological views interfere with its execution as public policies and social practices in substitute services. Therefore, the dimensions legal-political and technical-assistance of Brazilian reformist movement are investigated. The methodological resource used is bibliographical/documentary research and one semi-structured interview with the psychiatrist and professor Pedro Gabriel Delgado. Main legal instruments involving the reformist movement in Brazil were analyzed, as the minutes of National Congress meetings, in which there was discussion and deliberation on Paulo Delgado Project until its transformation into law 10.216 of 2001. About the technical-assistance dimension, we present the pioneering experiences in the creation of the “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” Center for Psychosocial Care (CAPS) and the Psychosocial Care Nucleus (NAPS) in Santos, approaching the current challenges of the reformist movement from an experience in a substitute service in the interior of Minas Gerais. The comprehension about the ideology and the ideological views of the Reform are presented in the four dimensions that compose the Movement, grouping together the legal-political to the theoretical-conceptual dimension and the technical-assistance dimension to the sociocultural. We accentuate that, because the complexity of the concept, we didn't elect a single author to argue about ideology, we tried to understand its various meanings incorporating them in the mental health field. We conclude presenting the most important Movement achievements and the challenges that are still so current.

**Key-words:** psychiatric reform- public policies - substitute services – ideology.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA ÀS PROPOSTAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CAMINHO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 A Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas.....	17
1.2 A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva.....	21
1.3 A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.....	23
<b>2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: QUATRO DIMENSÕES DE UM PROCESSO SOCIAL COMPLEXO.....</b>	<b>28</b>
2.1 Apontando novos conceitos: a dimensão teórico-conceitual.....	30
2.2 Os serviços substitutivos na atenção psicossocial: a dimensão técnico-assistencial.....	32
2.3 Desafios para a construção da cidadania: a dimensão jurídico-política.....	33
2.4 Transformando o lugar social da loucura: a dimensão sociocultural.....	34
<b>3 IDEOLOGIA: UM CONCEITO COMPLEXO.....</b>	<b>39</b>
<b>4 O PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>45</b>
4.1 Pesquisa bibliográfica/documental .....	45
4.2 Entrevista semiestruturada.....	46
4.3 Coleta e análise dos dados.....	48
4.4 Considerações éticas .....	49
<b>5 A DIMENSÃO JURÍDICO POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE LEI 3.657 À CONSTITUIÇÃO DE UMA CONDIÇÃO DE CIDADANIA.....</b>	<b>51</b>

<b>5.1 O Projeto de lei 3.657: a apresentação e discussão em primeiro turno.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2 A discussão e tramitação no Senado Federal: intensificação do debate.....</b>	<b>57</b>
<b>5.3 Apoio e rejeição: o debate entre os grupos de atores envolvidos na tramitação do Projeto 3.657.....</b>	<b>78</b>
5.3.1 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: luta por direitos e cidadania.....	78
5.3.2 A Associação de Familiares de Doentes Mentais: o temor pela desassistência.....	81
5.3.3 A Federação Brasileira de Hospitais: a restrição de mercado.....	83
5.3.4 A Associação Brasileira de Psiquiatria: a necessidade de técnica médica.....	85
<b>5.4 As transformações do estatuto jurídico da loucura: do Decreto de n. 24.557 de 1934 à Lei n. 10.216 de 2001.....</b>	<b>87</b>
5.4.1 Os loucos de todo o gênero: a Escola Clássica do Direito Penal.....	88
5.4.2 Periculosidade e inimputabilidade: a Escola Positiva do Direito Penal.....	89
5.4.3 Entre a incapacidade civil e conquista de direitos: o processo de interdição e tutela.....	92
<b>5.5 O Decreto de 1934: reflexo de um Estado conservador de direitos.....</b>	<b>94</b>
<b>5.6 A Lei 10.216: avanço em termos de direitos e cidadania.....</b>	<b>95</b>
5.6.1 Do Projeto de 1989 para a Lei de 2001: modificação ou descaracterização?.....	97
<b>5.7 A regulamentação do modelo de atenção psicossocial: a Portaria 336.....</b>	<b>99</b>
<b>6 A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL: A CONSTITUIÇÃO DOS NOVOS SERVIÇOS.....</b>	<b>102</b>
<b>6.1 O Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”: uma experiência de psicoterapia institucional.....</b>	<b>102</b>
<b>6.2 O Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos: uma experiência de desinstitucionalização.....</b>	<b>107</b>
<b>6.3 Os CAPS e NAPS e as portarias ministeriais: comparando duas experiências..</b>	<b>110</b>
<b>6.4 O que ficou das experiências iniciais? Desafios atuais... ..</b>	<b>111</b>
6.4.1 Uma experiência de estágio no serviço substitutivo.....	112
6.4.2 Financiamento em saúde: o desafio da gestão.....	114
6.4.3 Recursos humanos: o desafio da precarização do trabalho em saúde.....	119

6.4.4 Produção de conhecimento: conceitos presentes no fazer cotidiano dos serviços substitutivos.....	123
<i>Território e Rede</i> .....	124
<i>Interdisciplinaridade e trabalho em equipe</i> .....	128
<i>Autonomia e cuidado</i> .....	131
<b>7 AS DIMENSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA COMPREENSÃO SOBRE IDEOLOGIA.....</b>	<b>135</b>
<b>7.1 As dimensões jurídico-política e teórico-conceitual: ciência, ideologia e um consenso?.....</b>	<b>135</b>
7.1.1 Ciência e Ideologia.....	137
7.1.2 Disputa ideológica e consenso.....	140
<b>7.2 As dimensões técnico-assistencial e sociocultural: ideologia, utopia e prática social.....</b>	<b>143</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>151</b>
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE</b>	
<b>ANEXOS</b>	



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Recursos de custeio dos CAPS no período de 2002 a 2012.

Tabela 2 – Recursos de investimento para implantação de CAPS.

## LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria  
AFDM – Associação de Familiares de Doentes Mentais  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAS – Comissão de Assuntos Sociais  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEPES – Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos  
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
CTT – Composição Técnica do Trabalho  
DEM – Democratas  
ECT – Eletroconvulsoterapia  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FBH – Federação Brasileira de Hospitais  
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
IMAS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro  
LAPIP – Laboratório de Pesquisa e Intervenção Social  
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NEPIS – Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OS – Organização Social  
PC do B – Partido Comunista do Brasil  
PDS – Partido Democrático Social

PDT – Partido Democrático Trabalhista  
PFL – Partido da Frente Liberal  
PL – Partido Liberal  
PLC – Projeto de Lei da Câmara  
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PPB – Partido Progressista do Brasil  
PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
PPS – Partido Popular Socialista  
PRN – Partido da Reconstrução Nacional  
PSB – Partido Socialista Brasileiro  
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileiro  
PSL – Partido Social Liberal  
PT – Partido dos Trabalhadores  
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro  
RAAS – Registro Ambulatorial de Ações de Saúde  
REME – Renovação Médica  
RHS – Recursos Humanos em Saúde  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SES – Secretaria de Estado a Saúde  
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde  
SHR – Serviço Hospitalar de Referência  
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFSJ – Universidade Federal de São João Del Rei  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USP – Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

---

O movimento da Reforma Psiquiátrica se constitui como um processo gerador de importantes transformações sociais, implicando em uma nova perspectiva ética, teórica e política para a compreensão da loucura. Configurando-se como um processo social complexo, visto que o campo da saúde mental não é fechado, estático e, por isso, sofre constantes modificações, o movimento reformista brasileiro incorpora transformações em pelo menos quatro dimensões interdependentes.

São elas a teórico-conceitual, que diz respeito ao questionamento dos principais conceitos que fundamentam as bases teóricas sobre as quais o campo psiquiátrico estabelece seu objeto de conhecimento; a técnico-assistencial, que se refere à construção de novas estratégias de assistência ao sofrimento psíquico e à possibilidade de substituição do hospital psiquiátrico; a jurídico-política, que diz respeito à revisão das legislações sanitária, civil e penal, bem como a redefinição das relações que envolvem o direito e a cidadania; e a sociocultural, que se refere à transformação do imaginário social sobre a loucura (Amarante, 2008).

Seguindo a trajetória da psiquiatria democrática, basagliana, o movimento questiona as bases teóricas e práticas da psiquiatria tradicional, que se configurou como saber hegemônico sobre a loucura desde o tratamento moral<sup>1</sup> defendido por Philippe Pinel. Nesse sentido, a desinstitucionalização<sup>2</sup>, conceito chave para a compreensão da Reforma Psiquiátrica, prima pelo trabalho em direção à desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista, o qual aponta a relação causa-efeito na análise da constituição da loucura e, conseqüentemente, a própria desconstrução do manicômio como espaço de isolamento e violência. Para enfrentar esse processo, torna-se necessário a construção de um novo paradigma, que não reproduza as bases teóricas e práticas do modelo psiquiátrico tradicional.

---

<sup>1</sup> O tratamento moral, defendido por Pinel, se sustentava principalmente pelo conceito de alienação, entendida como um distúrbio das paixões humanas. *O alienado é aquele que está fora de si, fora da realidade, tem alterada a sua possibilidade de juízo* (Torre & Amarante, 2001, p. 74). Este conceito produz um lugar especial para o louco, o lugar da desrazão. Dessa forma, a alienação incapacita o sujeito de partilhar do pacto social sendo necessária sua institucionalização.

<sup>2</sup> A noção de desinstitucionalização surge nos EUA na década de 1960 e era basicamente entendida como um conjunto de medidas de desospitalização. Outra tendência entende o projeto de desinstitucionalização como desassistência, desamparo e abandono. O projeto de desinstitucionalização também pode ser compreendido como um processo que aponta a necessidade da desconstrução do saber psiquiátrico tradicional e construção de novos saberes sobre a loucura (Amarante, 1996). É nesse sentido que é entendida a desinstitucionalização efetiva da loucura no presente trabalho.

Buscando compreender o arcabouço teórico-prático que originou esse movimento e que vem mantendo esse processo, encontramos um grande desafio, o qual despertou o interesse em realizar o presente trabalho. A dificuldade de efetivação e implementação das políticas públicas de saúde mental que vem refletindo na constituição de serviços assistenciais frágeis e pouco comprometidos com os ideais reformistas.

Tomaremos como exemplo dessa fragilidade um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do interior de Minas Gerais, no qual pude estagiar no período entre outubro de 2009 e dezembro de 2011<sup>3</sup>. À época, o serviço contava com uma equipe técnica com o número de funcionários inferior ao mínimo previsto pela legislação e ainda atendia uma população superior à sua capacidade de abrangência, o que interferia negativamente na qualidade da assistência oferecida<sup>4</sup>.

Diante desta problemática, ou seja, desse descompasso entre as propostas estabelecidas nas políticas públicas de saúde mental e sua efetivação no cotidiano dos serviços substitutivos, nos aproximamos do objetivo deste estudo: compreender como a ideologia está presente na Reforma Psiquiátrica brasileira e como estes aspectos ideológicos interferem na sua efetivação como política pública e como prática social nos serviços substitutivos.

Para tanto, investigaremos especialmente as dimensões jurídico-política e técnico-assistencial do movimento reformista brasileiro. Devido aos grandes desafios encontrados na implantação e efetivação das políticas públicas de saúde mental, buscaremos compreender a dimensão jurídico-política por meio do debate político oriundo da apresentação do Projeto de Lei n. 3.657, em 1989. Tendo em vista que essa dificuldade de implantação e efetivação das políticas públicas interfere diretamente na organização e na estruturação dos serviços substitutivos, buscaremos compreender a dimensão técnico-

---

<sup>3</sup> A experiência de estágio se deu através da realização de oficinas de teatro com os usuários do serviço. O estágio compunha o Programa de Extensão: Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos laços e ações conjuntas (Laços e Ações) que, atualmente, é parte do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ).

<sup>4</sup> De acordo com a portaria n. 336 (2002), os CAPS classificados como CAPS I, como era o caso desse serviço, são organizados para atender uma população de até 70 mil habitantes. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, por turno (4 horas), deve ser composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio. Porém, a equipe técnica desse serviço, responsável pelo atendimento, nos dois turnos de funcionamento, era composta por dois psiquiatras, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio. Cabe ressaltar que além de atender à população da cidade, que possui mais de 80 mil habitantes, conforme o censo de 2010 ([http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_minas\\_gerais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf)), o serviço atendia, também, à população das cidades vizinhas que não contavam com serviço de saúde mental.

assistencial da Reforma Psiquiátrica brasileira a partir das experiências do CAPS Professor “Luiz da Rocha Cerqueira” e dos NAPS em Santos, no final da década de 1980.

Os três capítulos iniciais compõem o referencial teórico, nos quais apresentamos as principais propostas de reforma da psiquiatria a partir da institucionalização da loucura no final do século XVIII; o processo reformista brasileiro, a partir das quatro dimensões propostas por Amarante (2008); e o conceito de ideologia, compreendido à luz de autores como Chauí (1987; 2007), Löwy (1988), Guareschi (1992; 2005), Thompson (2002), Eagleton (1997).

O percurso metodológico é apresentado no quarto capítulo. Utilizamos a pesquisa bibliográfica/documental e uma entrevista semiestruturada. Quanto à dimensão jurídico-política, analisaremos os principais instrumentos legais que envolvem o movimento reformista no Brasil: o Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, a Lei n. 10.216 de 2001, as portarias ministeriais que regulamentam os serviços substitutivos e as atas das sessões do Congresso Nacional, nas quais houve discussão e deliberação sobre o projeto. No que diz respeito à dimensão técnico-assistencial, utilizaremos os principais documentos referentes às experiências pioneiras de criação do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e dos NAPS em Santos. A entrevista semiestruturada foi realizada com o professor e psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, haja vista sua importante participação e atuação no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pedro Gabriel foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde entre agosto de 2000 e dezembro de 2010.

No quinto capítulo, apresentaremos o embate político oriundo da apresentação do Projeto de Lei n. 3657, em 1989 até a aprovação da Lei 10.216 em 2001, os atores envolvidos nesse processo e alguns apontamentos acerca da conquista de direitos e da constituição da condição de cidadania a partir das noções de periculosidade e incapacidade civil. No capítulo seguinte, apresentaremos as experiências de criação do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” em São Paulo e dos NAPS em Santos, articuladas à experiência de estágio da qual participei, bem como os principais desafios para estruturação e organização dos serviços substitutivos. No capítulo final, abordamos o conceito de ideologia nas dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira. Salientamos que, dada a complexidade do conceito, buscaremos promover o diálogo entre os diferentes autores e suas concepções sem eleger uma única concepção para análise.

Nas considerações finais, apresentamos as conquistas e os principais desafios do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em anexo encontram-se os principais

documentos oriundos do processo de tramitação do Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, o roteiro da entrevista, dentre outros que subsidiam a compreensão deste trabalho.

## **1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA ÀS PROPOSTAS DE REFORMA PSQUIÁTRICA: A CAMINHO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

---

O predomínio da prática psiquiátrica de internação dos ditos loucos se dá tanto como resposta socialmente adequada às condições de emergência das sociedades moderna e contemporânea, quanto da mudança na percepção social da loucura. Essa mudança diz respeito à redução da loucura à categoria médica, por meio do discurso psiquiátrico, principalmente com Philippe Pinel no final do século XVIII (Foucault, 1978).

O tratamento moral, defendido por Pinel, se sustentava principalmente pelo conceito de alienação. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas. O alienado é aquele que está fora de si, fora da realidade e tem alterada a sua possibilidade de juízo. Este conceito produz um lugar especial para o louco: o incapacita de partilhar do pacto social, sendo necessária sua institucionalização:

Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais. O conceito de “alienação” produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (Torre & Amarante, 2001, p. 75).

A institucionalização se efetiva por dois pontos fundamentais relacionados ao isolamento: este como um lugar de exame, onde é possível conhecer a objetividade da loucura e como uma medida terapêutica, visto que a instituição foi organizada para afastar as causas e agravantes da alienação (Torre & Amarante, 2001).

Assim, a hospitalização se justificava como a única resposta ao tratamento da loucura:

[...] em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes. As idéias confusas e tumultuosas que os agitam e são provocadas por tudo que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também se deve temer, exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas em estabelecimentos que lhe sejam consagrados (Castel, 1978, pp. 86-87).



As principais críticas ao modelo asilar de Pinel se dirigem ao caráter fechado e autoritário da instituição. No início do século XIX, na Europa, e início do século XX, no Brasil, tais críticas se consolidam permitindo a emergência de outro modelo de assistência: o modelo de colônias de alienados, o qual tem por objetivo trabalhar em regime de portas abertas, o *open-door*<sup>5</sup>. Esse modelo pretendia oferecer ao indivíduo uma assistência voltada para a recuperação da vida em sociedade por meio de modos asilares e não asilares. Dessa forma, a psiquiatria estaria presente não só no asilo, mas também em espaços sociais como a comunidade e a família, sendo que a descentralização espacial não implicaria no enfraquecimento do poder psiquiátrico, pelo contrário, o novo sistema ampliou o campo de ação deste saber (Portocarrero, 2002).

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria seguiu a orientação das ciências naturais, baseando-se em um modelo centrado na medicina biológica, com o intuito de construir um conhecimento objetivo do homem, que buscava encontrar a causa da doença mental. Este modelo de causalidade biológica contrapõe-se à medicina mental de Pinel, a qual se atentava apenas em sinais e sintomas com a finalidade de classificá-los e agrupá-los (Amarante, 2001).

As críticas ao modelo pineliano deram origem a diferentes tentativas de reforma, tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico tradicional. Entre estas tentativas, podemos citar a Psicoterapia Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos que se configuraram como reformas restritas ao âmbito asilar; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva que ultrapassaram de certa forma o âmbito do asilo; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática que surgiram como reformas instauradoras de ruptura com os modelos anteriores (Amarante, 2001).

### **1.1 As Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional**

As comunidades terapêuticas<sup>6</sup>, termo utilizado por Maxwell Jones, eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes psiquiátricos.

---

<sup>5</sup> O regime de *open-door* baseia-se na ideia da máxima liberdade possível. A ilusão de liberdade tranquilizaria o doente tornando-o mais disciplinável ao trabalho, ao contrário do isolamento que causa grande irritação nos pacientes. São criadas colônias agrícolas, com trabalho, visitas ao paciente e passeios ao ar livre. O grau de liberdade que o doente pode ter é determinado pela disciplina e capacidade para o trabalho (Portocarrero, 2002).

<sup>6</sup> O uso contemporâneo desta expressão para designar entidades de reclusão de dependentes químicos é bastante contraditório em relação à proposta inicial. A proposta inovadora das comunidades terapêuticas não tem nenhuma relação com as 'fazendas' ou 'fazendinhas' de tratamento de dependência de álcool e

O objetivo principal era transformar a dinâmica institucional e resgatar o processo terapêutico (Jorge, 1997).

O conceito de comunidade terapêutica foi desenvolvido por Maxwell Jones ao longo de 12 anos de experiência na Unidade de Neurose Industrial no Hospital Belmont, chamada, posteriormente, de Unidade de Recuperação Social que, em 1959, como unidade independente tornou-se o Hospital Henderson. A experiência de Jones na organização do tratamento de ingleses ex-prisioneiros de guerra propiciou a oportunidade para ampliar seu interesse de um campo predominantemente psicossomático para o campo social. Além dos esforços terapêuticos da equipe, percebeu-se que o relacionamento e as atitudes entre os companheiros no hospital configuravam-se como potencial apoio e cura do paciente, devendo-se assim prestar atenção à organização hospitalar em geral. Para Jones (1972), fazer com que o hospital se configure como uma comunidade possibilita uma oportunidade de aprendizagem social na qual o paciente aprende novos meios de superar suas dificuldades ao relacionar-se com aqueles que possam auxiliá-lo.

Na organização das comunidades terapêuticas são estabelecidas várias características essenciais. A reunião diária da comunidade envolve todo o pessoal de uma unidade ou seção particular, composta por aproximadamente 80 pacientes e 30 profissionais, sendo seguidas por encontros em pequenos grupos.

Na reunião comunitária as tensões na seção ou na unidade serão ventiladas em um dado momento e ativarão bastante material dos pacientes individualmente. Muitas das tensões não podem ser facilmente elaboradas na reunião comunitária, mas se esta é seguida de uma reunião de grupo, funciona como estímulo útil para comunicação na reunião menor (Jones, 1972, p. 91).

Além das reuniões comunitárias, outra característica das comunidades terapêuticas é a direção ou conselho dos pacientes. Inicialmente, esses conselhos tendem a estarem voltados para o manejo dos detalhes práticos da seção, como limpeza, benefícios etc., contudo, posteriormente, assumem responsabilidade crescente. A reunião de equipe ou avaliação também é fundamental no modelo de tratamento comunitário, pois questiona o papel exercido ou atribuído ao psiquiatra dentro da instituição. *Não basta que ele seja um competente diagnosticador e terapeuta; precisa aprender a reconhecer e modificar a organização social e cultural da seção e a lidar com as complexidades do tratamento em*

---

drogas, que se denominam – de forma oportunista – como “comunidades terapêuticas” a fim de conquistar legitimidade social e científica. Ao contrário, a proposta original se caracterizava pela construção de equipes, serviços e ações libertárias (Melo, 2013).

*grupo* (Jones, 1972, p. 96). Nesse sentido, o profissional deve estar mais identificado com a unidade em que trabalha do que com seu subgrupo profissional no hospital, pois as responsabilidades são divididas entre toda equipe, aproveitando ao máximo as contribuições dos pacientes.

Essa avaliação regular dos papéis e dos comportamentos dos pacientes e equipe conduz a mudanças efetivas na própria estrutura social. As reuniões entre equipe e pacientes ocupam um lugar especial na terapia institucional, pois propiciam o estabelecimento de uma cultura terapêutica da sessão ou da instituição. (...) *As atitudes tradicionais e crenças que todos trazem são colocadas em questão e as pessoas começam a se interrogar por que fazem o que fazem, e quando o fazem* (Jones, 1972, pp. 107-108).

Conforme aponta Jones (1972), o estabelecimento de uma comunidade terapêutica requer, por parte daqueles que estão envolvidos nela, um tipo de aprendizagem imediato e pessoal. Essa aprendizagem acontece no cotidiano e as crises particulares na comunidade oferecem oportunidades para aprendizagem intensiva ou a denominada experiência de aprendizagem ao vivo. Esse tipo de aprendizagem envolve o confronto face a face e a análise em conjunto das dificuldades interpessoais do momento.

Cada indivíduo é auxiliado para levar em conta os pensamentos e sentimentos dos outros, e isto a uma perspectiva mais compreensiva e global da situação, tal como afeta a cada um. Em boa parte, esta mudança revoluciona os pensamentos e sentimentos conscientes dos participantes e pode ocasionalmente provocar uma maior consciência de fatores anteriormente inconscientes (Jones, 1972, p. 111).

Assim, o tratamento comunitário constituiu-se como uma dimensão de tratamento voltado para o aproveitamento do ambiente social, baseado no envolvimento da equipe, pacientes e seus familiares. Dessa forma, o paciente se tornaria sujeito nesta troca de experiências, aprendendo, juntamente com os outros, novos meios de superar suas dificuldades. Contudo, segundo Amarante (2001), mesmo que tenha sido uma importante experiência no que diz respeito às mudanças ocorridas no hospital psiquiátrico, a comunidade terapêutica não conseguiu atingir o problema da exclusão que fundamenta a própria existência do asilo.

A Psicoterapia Institucional, por sua vez, se configurou como uma experiência de transformação do asilo na tentativa de superá-lo como espaço de segregação. Foi um movimento liderado por François Tosquelles, com forte influência marxista. Sua ideia principal era tratar as características doentias das próprias instituições (Jorge, 1997).

Esse processo de transformação dos manicômios foi iniciado na França, na década de 1940 no hospital psiquiátrico de Saint-Alban e tornou-se um movimento de relevância nacional nos anos 50. Surgindo paralelamente e, em alguns aspectos, em oposição crítica ao modelo inglês das comunidades terapêuticas, o movimento da Psicoterapia Institucional foi o antecedente de maior relevância, da prática de transformação e liberação do hospital psiquiátrico, iniciado por Basaglia em Gorizia, na segunda metade da década de 1950 (Gallio & Constantino, 1993).

Tosquelles trabalhou no exército espanhol como médico chefe do serviço psiquiátrico. Nessa experiência, se ocupou mais dos médicos do que dos doentes. Realizou uma experiência de formação com os jovens que entravam para o exército sem motivação para combater. Em 1939, refugiou-se na França e foi encaminhando a um campo de concentração, em Sept-fonds, onde organizou um serviço de psiquiatria em barracão de madeira, escolhendo como ajudantes um guitarrista e um pintor. *Alguém que não soubesse de psiquiatria, mas que soubessem de arte* (Gallio & Constantino, 1993, p. 93). Tosquelles priorizava trabalhar com leigos, artistas, camponeses, pessoas que pudessem ter uma postura ingênua frente ao doente, em vez de trabalhar com aqueles que pudessem ter passado por certa deformação profissional. O serviço de psiquiatria se configurava como um lugar de passagem que tinha uma dupla função: tratar os pacientes, mas também facilitar as suas fugas.

Em 1941, Tosquelles foi convidado a trabalhar em Saint-Alban. Segundo ele, este já se configurava como um hospital aberto antes de sua chegada. Ao irem à feira, por exemplo, os camponeses passavam dentro do hospital com suas vacas e os doentes os esperavam para vender-lhes seus trabalhos. O mesmo acontecia em relação aos guardas/enfermeiros que compravam vinho e vendiam aos pacientes. O que, posteriormente, configurou-se como um bar, um espaço de psicoterapia. Essas trocas entre interno e externo eram muitos importantes, pois as pessoas de fora iam para dentro do hospital (Gallio & Constantino, 1993).

Para Passos (2012), em contrapartida a este movimento de socialização do asilo e não necessariamente do doente mental, Tosquelles apontava a necessidade de preservar o lugar como espaço terapêutico. Para ele, seria sempre necessária, ao esquizofrênico, certa proteção do exterior, pois o temor da loucura seria uma condição natural do gênero humano. Nesse sentido, o asilo deveria ser um lugar onde se criariam zonas de liberdade, onde seria possível a reformulação das condições de liberdade.

Passos (2012) aponta que muitos aspectos fundamentais da experiência de Tosquelles em Saint-Alban estão ligados a lutas sociais e políticas que a impedem de ser reduzida a uma mera proposta terapêutica de cunho clínico-psiquiátrica ou psicanalítica.

(...) As atividades de trabalho em que se envolviam os pacientes não eram atividades pseudoprodutivas, ergoterapêuticas ou orientadas por relações e rotinas meramente internas, institucionais; eram, ao contrário, em geral, vinculadas a uma possibilidade de rendimento real, de utilidade e intercâmbio com o meio social mais próximo, isto é, com fábricas, empresas e atividades agrícolas da pequenina cidade rural. Isto propiciava uma troca real entre pacientes e habitantes, numa multiplicação dos percursos e espaços de convivência, dentro do espírito de 'levar' as pessoas a freqüentarem o asilo. (...) Tosquelles se inspirava, para propor as atividades, numa longa tradição de cooperativas de operadores catalães com quem havia trabalhado no hospital psiquiátrico da cidade de Reus. Estas cooperativas, por sua vez, tinham um lastro histórico no secular movimento social e sindical espanhol que acabou provocando a guerra civil (Passos, 2012, p. 25).

A experiência de Saint-Alban terminou em 1952, havendo a ocupação, por parte da psiquiatria clássica, do hospital e dos setores. Apesar de organizar o hospital psiquiátrico como um espaço de relações, substituindo o conceito de assistência pela ideia de projetos terapêuticos individuais, a Psicoterapia Institucional sofreu inúmeras críticas, principalmente por não se opor ao modelo asilar e apenas tentar reformá-lo. Contudo, o movimento lançou as bases para a Psiquiatria de Setor, que tinha como um de seus objetivos recuperar o caráter terapêutico da psiquiatria (Castro, 2009).

## **1.2 A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva**

Após a Segunda Guerra Mundial, inspirada nas ideias do psiquiatra francês Lucien Bonnafé, a Psiquiatria de Setor buscava transformar as condições asilares. O hospital era dividido em vários setores e cada um deles correspondia a uma região da comunidade. Dessa forma, seria possível que a população interna mantivesse seus hábitos e costumes, mantendo também, após a saída do hospital, a continuidade do tratamento com a mesma equipe (Jorge, 1997).

Dessa forma, o setor era o espaço territorial do paciente ligado a sua comunidade, transferindo para esta o dispositivo de atendimento dos pacientes que até então era exclusivo do hospital psiquiátrico (Castel, 1978). Todavia, esta tendência também não conseguiu superar o hospital psiquiátrico, pois, ainda que estivesse ligada aos serviços externos, não conseguiu provocar uma transformação na cultura psiquiátrica tradicional (Amarante, 2001).

A Psiquiatria Preventiva, definida por Gerald Caplan como Psiquiatria Comunitária, se configurou como uma estratégia dos programas de saúde elaborados pela política do Presidente dos Estados Unidos, John Kennedy, no início da década de 1960 (Jorge, 1997). Nesse período, os Estados Unidos enfrentavam graves problemas sociais, políticos e econômicos, entre eles, a guerra do Vietnã, o crescimento do uso de drogas e o surgimento de gangues de jovens (Amarante, 2001).

Partindo do conceito de prevenção<sup>7</sup>, proposto por Leavell e Clark (1976), Caplan divide seu trabalho em: programas para reduzir os transtornos mentais numa comunidade, a prevenção primária; programas para reduzir a duração dos transtornos mentais, prevenção secundária; e programas para reduzir a deterioração resultante dos transtornos mentais, prevenção terciária.

O grande feito da proposta de Caplan, incorporando as ideias de Leavell e Clark à saúde mental, foi a prevenção primária. Tal estratégia objetivava antecipar um mal que ainda não havia acontecido na tentativa de evitá-lo. Assim, alguns indivíduos – considerados desadaptados – poderiam possuir características responsáveis por seu adoecimento e, desta forma, caberia ao psiquiatra a manipulação de algumas circunstâncias de vida da população para efetivar a adaptação destes indivíduos. Neste sentido, a prevenção primária, proposta por Caplan amplia o espaço de atuação dos profissionais de saúde mental, pois esta deve ser realizada na comunidade, fora dos consultórios privados, promovendo a saúde mental (Lara, 2006).

Segundo Birman e Costa (1994),

é assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da 'Comunidade', que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões (p. 56).

Deste modo, ampliando seus espaços de intervenção, a psiquiatria preventiva teve seus princípios implementados na comunidade de maneira geral, sem, de fato, constituir-se como alternativa de superação do modelo asilar de assistência. E, intervindo nas causas ou no surgimento das doenças mentais, a psiquiatria preventiva se configurou como uma

---

<sup>7</sup> A prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária corresponde ao período de pré-patogênese e é composta por dois níveis: a promoção da saúde, que corresponde a medidas voltadas para o desenvolvimento de uma saúde ótima, e a proteção específica contra agentes patológicos ou o estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente. A prevenção secundária envolve o diagnóstico e tratamento precoce e a limitação da invalidez. A prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação (Leavell & Clark 1976, como citado em Czeresnia, 2003, p 6.).

estratégia de demarcação de um novo objeto para a psiquiatria: a saúde mental (Amarante, 2001).

Birman e Costa (1994) argumentam que, mesmo não tendo a conotação eugênica, a proposta norte-americana teve um forte viés de controle, tomando a sociedade como lócus privilegiado, com o objetivo de prevenir a doença mental por meio da detecção de comportamentos desviantes e de risco.

Mesmo com as críticas empreendidas ao modelo de assistência criado pela Psiquiatria Preventiva, seus pressupostos ainda são uma forte referência presente nas políticas públicas de saúde mental no Brasil (Amarante, 2005).

### **1.3 A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática**

O movimento da Antipsiquiatria surgiu junto à grande corrente de contestação cultural e política da década de 1960. Pode-se destacar entre seus precursores Ronald Laing (1982) e David Cooper (1973), cujas críticas se voltaram para o fato de que as concepções científicas da loucura e seu tratamento violento seriam eufemismos da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna (Jorge, 1997).

As obras de Laing se caracterizam pela busca de um sentido para a loucura a partir da contextualização social do fenômeno da psicose. Para compreendê-la seria necessário dar voz aos pacientes, regressando à experiência vivida pelos sujeitos. Assim, a busca de Laing pela compreensão da loucura baseava-se numa perspectiva fenomenológica e existencial. Sob a influência da fenomenologia existencial, Laing se empenhou em demonstrar que a psicose teria um significado existencial, ou seja, seria uma tentativa última de o sujeito construir um significado para sua existência (Gabriel & Teixeira, 2007).

A perspectiva psicopatológica de Laing representava não apenas uma crítica radical às práticas psiquiátricas clássicas, como o eletrochoque e os psicofármacos, mas, sobretudo, aos princípios da medicina mental que distinguia os loucos dos sãos (Delacampagne, 2004).

Segundo Amarante (2001),

a Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade (p. 47).

Para Laing, a psicopatologia clássica possuía premissas capazes de distorcer a pessoa: primeiramente, por pressupor uma psique com um modelo de funcionamento na saúde e um modelo de funcionamento na doença; em segundo lugar, por pressupor que o encontro terapêutico ocorre entre um indivíduo doente e outro não doente e que o indivíduo não doente não influi no comportamento e na experiência do indivíduo doente. Nesse sentido, utilizar a linguagem psiquiátrica clássica implicaria em circunscrever e isolar o paciente em uma entidade nosológica, pois é possível considerar o comportamento de qualquer pessoa como um conjunto de sinais de doença ou como expressão da sua existência. *E ver apenas os sinais de doença em nome da objetividade científica não seria ver de forma neutra. Seria ver com pressupostos, escolhendo o que se vê e também o que não se vê* (Gabriel & Teixeira, 2007, p. 662).

Nessa perspectiva, a experiência patológica não ocorre no indivíduo como corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. A psicose deixa de ser um acontecimento intrapsíquico, com caráter privado e individual e passa a ser considerada uma estratégia que o indivíduo desenvolve para conseguir sobreviver em situações sociais específicas. Dessa forma, as experiências e comportamentos do indivíduo que desenvolve uma psicose não poderiam ser apreendidos sem a compreensão das experiências e comportamentos das pessoas que com ele se relacionam (Castelo Branco, 2012).

Na análise de Foucault, Laing e Cooper são compreendidos como intelectuais que falam de suas experiências terapêuticas, discutindo os ambientes hierarquizados e restritivos das equipes médicas, problematizando o campo da loucura e da internação. Dessa forma, questionaram as estruturas de saber-poder psiquiátrico, que vigoravam nos anos 1960, estimulando o debate acerca de novas práticas de poder num ambiente petrificado e hierarquizado dos hospitais psiquiátricos (Castelo Branco, 2012).

A Psiquiatria Democrática tem como principal expoente Franco Basaglia. Segundo Basaglia, no início da década de 1960, a economia italiana começa a transformar-se numa economia industrial apontando, ilusoriamente, um salto de qualidade no mundo econômico. Nesse período, um grupo de psiquiatras se dirige para a cidade de Gorizia na tentativa de humanizar o manicômio. A Comunidade Terapêutica, importada da Inglaterra, foi a principal referência utilizada, a qual permitia que pessoa participasse de assembleias diárias, com liberdade, em lugar aberto e sob nova relação médico-paciente. À medida que o hospital se humanizava evidenciavam-se os fatores políticos presentes na estrutura



manicomial. Concluía-se que o manicômio havia surgido com a finalidade de controle e não de cura (Basaglia, 1979).

Em 1970, Basaglia foi para os Estados Unidos como professor visitante em um dos Centros de Saúde Mental Comunitária de Nova York. Havia uma lei, de 1963, que garantia a construção de pequenas unidades psiquiátricas em contato direto com a comunidade. Apesar de ser a expressão de uma nova legislação de um país de alto nível tecnológico a situação psiquiátrica ainda era a mesma dos asilos e manicômios tradicionais.

A instituição serve a uma área de cento e vinte mil habitantes (italianos, judeus, escandinavos, negros e porto-riquenhos), parcialmente subvencionados pelo *Welfare*. Na retaguarda da nova unidade psiquiátrica, continua existindo de forma ativa o Hospital Psiquiátrico estatal (seis mil internados), para onde ainda podem ser enviados os doentes definidos como “crônicos” e “transtornados”. Assim, a ação dessa unidade tem um caráter preventivo que não incide sobre a cultura da doença mental, perpetuando assim o preconceito de sua incurabilidade, contra o qual presume lutar. A artificialidade da instituição se revela no não-cumprimento concreto de sua própria função primária (...) e na criação (...) de uma nova categoria de enfermos (os *emotional patients*) entre os marginais-desadaptados, produto direto da postura sócio-econômica de base. Ela cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (...) capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência (Basaglia, 2005, p.155).

Nesse contexto, Basaglia questiona a inviabilidade da mera reorganização do hospital psiquiátrico. Os modelos de organização comunitária baseados no preventivismo de Gerald Caplan não traziam soluções para a assistência psiquiátrica, nem mesmo possibilitavam a extinção dos manicômios, uma vez que não basta que se crie uma rede de serviços extra-hospitalares para que este se torne obsoleto (Rotelli & Amarante, 1992).

Assim, também a comunidade terapêutica, como novo método de administração manicomial, se mostrou como uma instituição fechada e igualmente voltada para o controle da sociedade, sendo que a única possibilidade de enfrentar a doença mental seria a destruição do manicômio (Basaglia, 1979).

O problema era que, na medida em que recusávamos a ciência que os colegas ingleses e franceses propunham, tínhamos que colocar alguma coisa em seu lugar. Estávamos convencidos de que a ciência na qual nos formáramos não era capaz de produzir nada de novo, era sempre uma reprodução de si mesma (...). A ciência é produto da classe dominante, e no momento em que há mudança na ciência ela acontece de acordo com os códigos da classe dominante. Por isso achamos que não era possível encontrar uma nova ciência com os velhos códigos (Basaglia, 1979, p. 87).

Após a implantação da comunidade terapêutica no Hospital Psiquiátrico e esta passagem pelos Estados Unidos, Basaglia dirigiu-se para Trieste, onde, com o intuito de eliminar o manicômio, consolidou um significativo movimento epistemológico e político acerca das instituições manicomiais e da doença mental. Através da destruição dos tratamentos violentos, bem como dos muros que separavam a parte interna da parte externa do hospital, Basaglia propôs novas maneiras de lidar com a loucura (Rotelli & Amarante, 1992).

O objetivo era tornar o hospital um lugar para o tratamento efetivo e a reabilitação dos internos. Franco Basaglia voltou sua prática para a superação do aparato manicomial, não apenas no que diz respeito à estrutura física, mas também em relação ao *conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana* (Amarante, 2008, p. 56).

O trabalho não foi feito tanto com os doentes e com a loucura, mas com a população. Foi preciso entrar na conceituação da população sobre a doença mental e fazer com que a luta pela assistência psiquiátrica fosse uma luta do povo. O objetivo foi colocá-la em conjunto com as organizações políticas que desejavam a emancipação do povo. Após a eliminação do manicômio, com a ajuda da população, foi levada ao Parlamento uma nova proposta de lei sobre a doença mental. Nessa nova proposta aboliu-se o conceito de periculosidade, apontando que as organizações médicas e sociais deveriam responder às necessidades reais do povo (Basaglia, 1979).

A proposta italiana rompeu com as experiências psiquiátricas anteriores, principalmente em relação ao entendimento de desinstitucionalização, até então adotado como sinônimo de desospitalização. O objeto do projeto de desinstitucionalização deve ser a ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional, o qual aponta a relação mecânica de causa-efeito na análise da constituição da loucura (Rotelli, 1990).

Os conceitos de alienação e de doença mental estão vinculados a um modelo de homem que se funda com a ideia de indivíduo e se concretiza com a consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano. Esta noção de sujeito, pautada na racionalidade científica, se torna hegemônica como método de produção de conhecimento e faz emergir um pensamento mecanicista baseado na causalidade e previsibilidade. Tal racionalidade leva ao surgimento de um sujeito da razão, sendo a loucura seu contraponto (Torre & Amarante, 2001).

Em contrapartida, Rotelli (1990) argumenta que o objeto da psiquiatria não deve ser a periculosidade ou a doença, mas a existência-sofrimento em relação com o corpo social. De doença mental para existência-sofrimento, o fenômeno psíquico se reveste de complexidade, reorientando o objetivo da psiquiatria de cura para a produção de vida. *O problema não é cura (vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) e da convivência dispersa* (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990, p.30).

Com a emergência desse novo objeto, proposto por Rotelli (1990), a verdadeira desinstitucionalização se constituirá por meio da construção de um processo prático-crítico que reoriente as instituições e a criação de novos serviços, compondo estratégias, saberes e intervenções que atendam à sua especificidade.

## **2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: QUATRO DIMENSÕES DE UM PROCESSO SOCIAL COMPLEXO**

---

No contexto brasileiro, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início em meados da década de 1970. Neste período, a base social, política e econômica que mantinha a ditadura militar já não se sustentava, ocasionando greves nos setores públicos, manifestações da imprensa e de movimentos sociais. Configurou-se assim um cenário propício para o reestabelecimento de um regime democrático republicano (Amarante, 2010).

Na época, o sistema de saúde era fundamentalmente privado e funcionava a partir de convênios. Muitos serviços de saúde privados eram pagos com dinheiro público o que levou ao enriquecimento de muitos donos de hospitais privados. Muitos deles eram políticos e tinham grande influência quanto a esta política de Estado<sup>8</sup> (Amarante, 2010).

Diante deste cenário eclodiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, por meio de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente em relação à assistência dada aos loucos, no que diz respeito à tortura, corrupção e fraude, se constituiu como um instrumento pela busca da desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátricos. O movimento se contrapôs, entre outras coisas, à mercantilização da saúde e teve como estratégia principal intervir na sociedade, ampliando o debate relacionado aos aspectos da loucura e da psiquiatria. Mais tarde o MTSM passou a se configurar como Movimento da Luta Antimanicomial consolidando o lema: ‘Por uma sociedade sem manicômios’ (Amarante, 2001).

A década de 1980 foi um período marcado por grandes eventos e acontecimentos na área da saúde mental. Dentre eles, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil, pois se constituiu como espaço de negociação e definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como política nacional. Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como objetivo transformar o sistema de saúde mental, por meio da desconstrução/construção de uma nova forma de lidar com a loucura distinta daquela baseada no modelo asilar proposto inicialmente por Pinel. Em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei n. 3.657 de autoria do Deputado Paulo Delgado. O projeto dispunha sobre a

---

<sup>8</sup> Neste período, a assistência psiquiátrica no Brasil ficou conhecida como psiquiatria de massa, devido ao grande número de internações que se processavam nos hospícios públicos e nas clínicas psiquiátricas particulares (Resende, 2001).

extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços assistenciais. Contudo, ficou em tramitação por mais de 10 anos e, apenas em 2001, foi aprovada a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Cabe salientar que na década de 1980 surgiram as primeiras propostas de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico: o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira e os NAPS em Santos. Estas experiências serão apresentadas adiante.

A década de 1990 foi marcada por intensos debates, motivados pela apresentação do Projeto de Lei em 1989, acerca dos modelos teóricos em confronto, das premissas éticas do cuidado aos pacientes bem como da concorrência entre diversas soluções para a organização da rede de assistência (Delgado, 2011). Nesta década foram promulgadas várias leis estaduais que dispunham sobre a reestruturação da rede de atenção em saúde mental<sup>9</sup>.

Delgado (2011) observa que nesse período há a presença de um novo personagem na história: as intensas discussões oriundas da apresentação de um projeto que propunha a reconstrução da assistência psiquiátrica permitiram a emergência da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito político. Essas pessoas se autodenominavam como usuários dos serviços de saúde mental e estavam presentes, como delegados formais, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, depois de participarem de centenas de conferências municipais por todo o país.

A aprovação da lei em 2001 permitiu a ampliação da rede de atenção à saúde mental. Em dezembro do mesmo ano foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano seguinte foi aprovada a Portaria n. 336 que determina recursos financeiros específicos para a rede territorial criando diversas modalidades de CAPS. Ao longo dos treze anos de vigência da Lei 10.216 foi se configurando uma nova arena para a política pública de saúde mental: a intersetorialidade. Nesse sentido, foi convocada, em 2010, a IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial ampliando as possibilidades para construção de ações voltadas para geração de renda, educação, assistência social, justiça e cultura (Delgado, 2011).

---

<sup>9</sup> No Rio Grande do Sul a Lei n. 9.716 de 7 de agosto de 1992; no Ceará a Lei n. 12.151 de 29 de julho de 1993; em Pernambuco Lei n. 11.064 de 16 de maio de 1994; no Rio Grande do Norte Lei n. 6.758 de 4 de janeiro de 1995; em Minas Gerais a Lei n. 11.802 de 18 de janeiro de 1995; Paraná a Lei n. 11.189 de 9 de novembro de 1995; no Distrito Federal a Lei n. 975 de 12 de dezembro de 1995 e no Espírito Santo a Lei n. 5.267 de 10 de setembro de 1996 ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)).

A Reforma Psiquiátrica é definida como *o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria* (Amarante, 1995, p. 91). Nesse sentido, a Reforma brasileira vai ao encontro das propostas da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, visto que as demais propostas e tentativas de reforma se reduziram, principalmente, à modificação e reformulação dos serviços sem questionar os pressupostos da psiquiatria clássica.

Dessa forma, pensar o movimento da Reforma pela via da desinstitucionalização requer considerá-lo como um processo social complexo, como aponta Rotelli (2001), composto por diferentes dimensões. Amarante (2008) sistematiza quatro dessas dimensões: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural.

## **2.1 A produção de novos conceitos: a dimensão teórico-conceitual**

A dimensão teórico-conceitual ou epistêmica diz respeito à produção de conhecimentos que fundamentam o saber médico-psiquiátrico. Nesse sentido, o processo da Reforma Psiquiátrica aponta uma ruptura com o modo como a psiquiatria clássica vinha compreendendo a experiência da loucura pautada no modelo de racionalidade científica (Amarante, 2009). Tal modelo se impõe a partir do século XVIII, apontando a ciência como o caminho para produção de verdades. Assim, o conhecimento confiável, verdadeiro deveria ser produzido somente através dos princípios epistemológicos e metodológicos calcados no empirismo lógico.

Seguindo a medicina moderna, a psiquiatria também buscou afirmar-se como conhecimento científico. Aplicando o modelo da racionalidade moderna ao funcionamento psíquico encontrou grandes dificuldades em se constituir como especialidade advinda da racionalidade médica.

O discurso da anatomoclínica, base epistemológica da dita medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da psiquiatria. A psiquiatria buscava as causas físicas dos distúrbios mentais e apenas encontrava, desde Pinel e Esquirol, as causas morais (Birman, 2001, p.180-181).

Contudo, no século XX, as descobertas da psicofarmacologia, na década de 1950, e o desenvolvimento das neurociências nos anos 80 e 90, renovaram o desejo da psiquiatria em adquirir seu *status* de ciência.

Nessa pretensão, segue o modelo global e totalitário da racionalidade científica, negando e/ou invalidando toda forma de conhecimento sobre o psiquismo que não se guia pelos princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas. Assim, as classificações adotadas oficialmente, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e o Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, reproduzem um esforço para unificar de forma totalizadora os diagnósticos das doenças mentais (Yasui, 2010, p. 80).

Assim, a dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica inclui a revisão do próprio conceito de ciência como produção de verdade, ou seja, não só o ideário de neutralidade afirmado pelo positivismo é questionado, mas também os conceitos produzidos por meio do referencial epistemológico da psiquiatria (Amarante, 2009).

O conceito de alienação/doença mental que requerem o isolamento terapêutico, como modo exclusivo de tratamento, bem como os conceitos de degeneração e normalidade/anormalidade constituídos pela tentativa de encontrar e legitimar a base orgânica do sofrimento psíquico, vão de encontro aos conceitos de desinstitucionalização e complexidade (Amarante, 2009).

A desinstitucionalização, como apontado acima, diz respeito à compreensão do sujeito que sofre em sua existência em relação ao corpo social, ou seja, às condições concretas de vida. Nesse sentido, o conceito de desinstitucionalização nos remete imediatamente ao conceito de complexidade.

Na perspectiva construtivista, a complexidade aponta para a superação do paradigma clássico voltado para busca de verdades definitivas. A noção de complexidade busca resgatar a singularidade que a operação do conceito oculta sem intenção de descobrir a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrindo a possibilidade de sua recomplexificação. Esta operação surge como tentativa de superação do ‘especialismo’ dos saberes e da hegemonia da ciência na apreensão do real. *A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava* (Stengers, 1990, pp. 171-172 como citado em Amarante, 2009, s/p). Essa superação paradigmática possibilita a emergência de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura permitindo recomplexificá-la para compreendê-la.

Nesta tradição, a clínica deixaria de ser o *isolamento terapêutico* ou o *tratamento moral* pinelianos, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes

excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (Amarante, 2009, s/p).

Assim, estamos diante de outra dimensão: os espaços de tratamento voltados para a produção de sociabilidade e subjetividade que permitam compreender o sujeito em sua complexidade.

## **2.2 Os serviços substitutivos na atenção psicossocial: a dimensão técnico-assistencial**

Partindo da crítica ao paradigma da psiquiatria tradicional, esta dimensão diz respeito à construção de uma nova estrutura de atendimento, com novos serviços e abordagens. Ela se relaciona também ao modo de organização e funcionamento destes serviços, que devem estar apoiados em ações voltadas para o acolhimento e o cuidado de seus usuários (Britto, 2004). No Brasil, esses serviços voltados às pessoas em sofrimento psíquico devem substituir o hospital psiquiátrico, fazendo a transição do modelo biomédico/asilar para o modelo da atenção psicossocial (Amarante, 2008).

Entre os principais serviços substitutivos encontra-se o CAPS. Trata-se de uma unidade de atendimento capaz de oferecer aos seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. O CAPS tem valor estratégico para o processo de reforma psiquiátrica, pois possibilita a organização de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a inserção dos usuários do serviço na comunidade por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Sales & Dimenstein, 2009).

Os CAPS devem dispor, além da equipe técnica necessária, de diversas categorias profissionais: artesãos, artistas plásticos, músicos, entre outros, conforme a possibilidade de cada cidade, desenvolvendo ao máximo suas atividades no território a fim de construir uma rede de relações com a comunidade na qual estão inseridos (Amarante, 2008).

Assim, os novos serviços devem estar voltados para a superação do manicômio como expressão de um *modelo que se calca na tutela, na vigilância panóptica, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e interdição* (Amarante, 2009, s/p) e constituir-se enquanto espaço de cuidado e trocas sociais favorecendo os processos de autonomia e exercício da cidadania. Sendo assim, estamos diante da dimensão jurídico-política.



### 2.3 A dimensão jurídico-política: desafios para a construção da cidadania

A dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica se configura como um grande desafio, principalmente quando a loucura deixa de ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, e passa a ser compreendida como a existência-sofrimento na sua relação com o corpo social.

Conforme aponta Amarante (2008), a revisão da legislação deve ser o primeiro aspecto trabalhado nesta dimensão. Tanto o código penal como o civil apresentam obstáculos significativos às pessoas em sofrimento psíquico. No que diz respeito ao exercício da cidadania, a questão dos direitos humanos assume uma expressão singular, pois, trata-se da *luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental* (pp. 69-70).

Joel Birman, no texto *A cidadania tresloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais*, de 1992, argumenta que não se trata de resgatar os direitos dos loucos, pois, desde que adquiriram o estatuto de doentes mentais foram excluídos da vida social, civil e política sem poder usufruir os direitos de cidadão. Trata-se, portanto, da construção da sua real condição de cidadão.

As pessoas tornam-se cidadãs quando são investidas de poder político (Pitta & Dallari, 1992). Assim sendo, o desenvolvimento desta condição envolve a ampliação e a conquista de direitos que, através das transformações sociais, políticas e culturais propostas pela Reforma Psiquiátrica, têm o potencial de superar os conceitos e significados sobre a loucura legitimados pela psiquiatria tradicional.

Desta forma, a formulação de um aparato legislativo e jurídico que reconheça o louco como cidadão é essencial para este processo de transformação social. Nesta perspectiva, foi apresentando, em 1989, pelo Deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei 3.657 que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica involuntária.

Segundo Amarante (2001),

as principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir deste Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo em que algumas associações de usuários e familiares foram constituídas em função dele. Uma contrárias, outras a favor, o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios invadiram boa parte do interesse nacional (p. 84).

Ainda que tenha sido apresentado num contexto que contava com condições propícias para a transformação do modelo assistencial psiquiátrico, o projeto encontrou vários obstáculos para ser aprovado. Na Câmara dos Deputados sua aprovação ocorreu no ano de 1991, mas, no Senado Federal, o substitutivo do Senador Sebastião Rocha foi aprovado apenas em 2001. A maior resistência à aprovação do projeto partiu do setor empresarial, que via nas novas diretrizes propostas uma ameaça aos rendimentos ligados aos hospitais psiquiátricos. Contudo, no decorrer da tramitação houve a criação de vários serviços extra-hospitalares, bem como a promulgação de diferentes portarias ministeriais<sup>10</sup> que caminhavam no sentido de modificar de alguma maneira a assistência psiquiátrica oferecida até então (Britto, 2004).

Assim, desde a elaboração do projeto até a aprovação da Lei 10.216 houve uma série de mudanças no contexto social, político e cultural que, juntamente com o jogo de interesses e as forças políticas, se configuraram em modificações fundamentais no texto final da lei. Contudo, a lei representa um avanço tanto para o processo de Reforma Psiquiátrica como para a transformação do modelo de assistência em saúde mental, ainda que a transformação social pretendida pelo projeto inicial não tenha sido alcançada, visto que a lei propõe um modelo centrado no CAPS, mas não abandona o hospital (Britto, 2004).

De acordo com Amarante (2008), falar de cidadania e direitos não basta, não é suficiente que apenas leis sejam aprovadas, pois as pessoas não se tornam cidadãs por decreto. A construção da cidadania diz respeito a um processo social complexo, e, portanto, além das transformações legais é necessária também a transformação das relações sociais baseadas na segregação e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Estamos, então, diante da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica.

## **2.4 A dimensão sociocultural: estratégia para transformação do lugar social da loucura**

---

<sup>10</sup> A Portaria n. 189 de 19 de novembro de 1991 alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental; a Portaria n. 224 de 19 de janeiro de 1992 regulamentou o funcionamento de serviços de saúde mental; a Portaria n. 1.077 de 24 de agosto de 1999 assegurou o fornecimento de medicamentos básicos de saúde mental nos serviços ambulatoriais; a Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000 criou e regulamentou o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos; a Portaria n. 799 de 19 de julho de 2000 criou uma auditoria especial nos serviços de saúde mental com o objetivo de avaliar a assistência prestada, estabelecer mecanismos de supervisão permanente nos serviços e propor normas que possibilitassem a continuidade do processo de transformação do modelo de atenção psiquiátrica; a Portaria n. 1.220 de 7 de novembro de 2000 determinou a avaliação da assistência em saúde mental prestada pelo SUS ([http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/rol\\_de\\_legislacao\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/rol_de_legislacao_em_saude_mental.pdf)).

A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira se configura como uma dimensão estratégica voltada para a transformação do lugar social da loucura. Neste cenário estão presentes as associações de usuários e familiares, as cooperativas sociais<sup>11</sup>, bem como diversas formas de trabalho e atuação na comunidade por meio de projetos, festas, rádios etc.

A criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio é um exemplo importante das estratégias de transformação do imaginário social acerca da loucura. A data é comemorada em vários estados, sendo que em muitos lugares é comemorada não apenas em um único dia, mas ao longo de uma semana ou até um mês (Amarante, 2008).

A dimensão sociocultural é a dimensão mais criativa e reconhecida, nacional e internacionalmente, do processo de reforma no Brasil. Seu princípio fundamental é envolver a sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica levando à reflexão sobre os temas da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos por meio da produção cultural e artística dos vários atores envolvidos nesse processo (Amarante, 2008).

Contudo, a relação entre arte e saúde mental é anterior ao processo da Reforma Psiquiátrica. Em meados da década de 1940, ela já subvertia, em parte, o caráter desumanizador e excludente dos hospícios brasileiros. Numa época em que o tratamento baseava-se no isolamento, eletrochoque, coma insulínico e lobotomia, Nise da Silveira fundou, no setor de terapia ocupacional do Hospital do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, um ateliê terapêutico, onde os pacientes eram estimulados a se expressar de maneira espontânea (Bezerra Jr., 2011).

O trabalho desenvolvido por Nise da Silveira questionava os dogmas presentes no discurso psiquiátrico.

Ao contrário do que diziam os clássicos tratados, para ela o chamado doente mental não estava em um processo degenerativo, no qual perderia gradativamente as funções psíquicas superiores. Os estudos de Nise da Silveira apontam para a permanência do pragmatismo, da inteligência e, principalmente, para a manutenção da capacidade de a pessoa em tratamento em serviços de saúde mental se relacionar de maneira afetiva (Melo, 2010, p.182).

O ateliê se contrapunha ao espaço desvitalizado do asilo. Um ambiente acolhedor, sem nenhum tipo de coação, um espaço de relações e convívio, onde eram oferecidas

---

<sup>11</sup> As cooperativas sociais são regulamentadas pela Lei n. 9.897 de 10 de novembro de 1999 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos.

atividades expressivas como pintura, modelagem, música e teatro. Assim, por meio da liberdade, da atividade e da afetividade, Nise da Silveira criou um novo modelo de tratamento que questionava o modelo biomédico predominante nas instituições psiquiátricas até então (Melo, 2010; Bezerra Jr., 2011).

Apesar de o foco do trabalho no ateliê nunca ter sido a produção de artistas consagrados pelo mercado das artes, o uso da arte como um instrumento de transformação da experiência com a loucura, teve sua importância reconhecida. Com a criação, em 1952, do Museu de Imagens do Inconsciente, o trabalho realizado com os pacientes ganhou notoriedade fora do espaço da psiquiatria. O local atraía artistas e críticos. Mario Pedrosa – o maior crítico de arte de sua época – chegou a considerar que aquela produção, realizada por pessoas sem qualquer formação acadêmica, continha uma qualidade estética inegável (Melo, 2005 como citado em Bezerra Jr., 2011, p. 15).

Nise da Silveira foi a maior responsável por consolidar as formas artísticas como tratamento à pessoa em sofrimento psíquico no Brasil. Contudo, cabe salientar que, antes de Nise, ainda na década de 1920, Osório Cesar, psiquiatra, músico e crítico de arte já havia se interessado por esse tema, porém com aspectos distintos do trabalho de Nise (Bezerra Jr., 2011).

Em 1929, Osório Cesar publicou o livro *Expressão Artística dos Alienados – Contribuição ao Estudo dos Symbolos na Arte*, em que apresentava uma pesquisa realizada no Hospital do Juquery, em São Paulo, onde trabalhou por 40 anos. Para Cesar, o livre exercício do trabalho artístico permitia aos pacientes a investigação de seu universo interno, bem como uma forma de comunicação que facilitava sua inserção nos laços sociais. Em 1949, foi criada, no hospital, a Secção de Artes Plásticas, denominada, em 1956, de Escola Livre de Artes Plásticas do Juquery, a qual funcionou até meados da década de 1970, tornando-se uma ponte entre o hospital e a sociedade (Bezerra Jr. 2011).

Os trabalhos de Nise da Silveira e Osório Cesar possibilitaram um espaço no universo artístico para vários pacientes que participaram dessas experiências (Bezerra Jr., 2011). No campo da arte, o trabalho de Nise não se restringiu à organização de atividades expressivas, visto que a produção dos ateliês deu origem a várias exposições tanto no Brasil como no exterior (Melo, 2011).

Nos trabalhos de Walter Melo, intitulados *Nise da Silveira, Antonin Artaud e Rubens Corrêa: Fronteiras da Arte e da Saúde Mental* e *Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: política, sociedade e arte*, ambos de 2010, são apresentados os frutos

dos encontros com Rubens Corrêa, que encenou a peça *Artaud!* e, com Leon Hirszman, que dirigiu a trilogia cinematográfica *Imagens do Inconsciente* (Melo, 2011).

Como apontamos anteriormente, essas experiências pioneiras antecederam o movimento reformista brasileiro e, sem dúvida, transformaram, no campo da saúde mental, as formas de tratamento preconizadas pelo modelo biomédico. No atual contexto da Reforma Psiquiátrica, o uso da arte como forma de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico, tem a função potencial de transformar a relação entre loucura e sociedade. Abaixo citamos algumas dessas iniciativas.

A companhia de teatro Amador Os Nômades, um projeto realizado pelo Espaço Artaud, no Rio de Janeiro, cujos primeiros ensaios iniciaram-se em setembro de 2003, tem como objetivo contribuir para implementação de uma cultura antimanicomial. A proposta é de se constituir como um espaço de aperfeiçoamento das habilidades artísticas e como uma alternativa de trabalho e inserção social para os participantes do grupo<sup>12</sup>.

O projeto TAM TAM existe há mais de 20 anos. Foi desenvolvido por Renato Di Renzo na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. No processo de fechamento desta instituição, o trabalho constituiu em resgatar a dignidade das pessoas, que reintegradas na família e na sociedade, recuperaram o sentimento de pertencimento à cidade. Uma das iniciativas do projeto foi a criação da rádio TAM TAM que, além de servir como modelo para outras iniciativas, permitiu a ruptura de paradigmas e preconceitos, ampliando o debate acerca da loucura por toda a cidade (Di Renzo, 2011).

O “Coletivo Carnavalesco Tá pirando, pirado, pirou!” foi criado em 2005, a partir do desejo de profissionais e usuários diversas instituições e dispositivos da rede de saúde mental do Rio de Janeiro de se integrarem ao carnaval de rua carioca. A atividade foi construída junto à comunidade com o objetivo principal de incluir socialmente os usuários, se configurando como um dispositivo de desestigmatização da loucura (Xisto, 2011).

O projeto “Cancioneiros do IPUB”<sup>13</sup> tem como proposta modificar a imagem da loucura na sociedade através do fazer musical. O projeto, iniciado em 1996, gerou um movimento musical expressivo no campo da saúde mental e incentivou a formação de vários grupos musicais similares. Nesse fazer musical, os pacientes são *interlocutores das suas vontades, transformando com suas músicas, conflitos individuais em problemas relativos às esferas sociais mais amplas (...)* (Vidal, 2011, p. 194).

---

<sup>12</sup> <http://espaco-antoninartaud.blogspot.com.br/p/os-nomades.html>

<sup>13</sup> Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado foi criado em 2000, no Espaço Aberto ao Tempo, no Hospital Psiquiátrico Pedro II<sup>14</sup>, Rio de Janeiro. O Grupo tem como principal objetivo reativar uma cultura da não exclusão recorrendo às expressões criativas como música, performance e dança. A repercussão do trabalho não se restringe ao campo da saúde mental, pois, além da proposta inicial de oficinas de criação, o grupo promove apresentações em escolas públicas, centros culturais e teatros, potencializando a capacidade de criação e integração de todos os envolvidos (Wanderley, 2011).

---

<sup>14</sup> Atualmente, o Centro Psiquiátrico Pedro II é denominado Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Nise da Silveira.

### 3 IDEOLOGIA: UM CONCEITO COMPLEXO

---

Amarante (2008) aponta o campo da saúde mental e atenção psicossocial como um processo, e não como um modelo ou sistema fechado. Estando em constante movimento, nesse processo são sempre incorporados novos elementos, situações etc. Ou seja, um processo social complexo (Rotelli, 1990) que incorpora várias dimensões simultaneamente. Como apontamos anteriormente, Amarante (2008) descreve quatro dessas dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Com os questionamentos acerca do conhecimento científico produzido no bojo do positivismo, pautado nos pressupostos de verdade e neutralidade, as intervenções e ações políticas e sociais deixaram de ser orientadas exclusivamente pela ciência, incorporando um conjunto de aspectos que interferem na formulação de suas estratégias. Assim, passa-se a considerar não apenas o conhecimento científico, mas também os aspectos éticos, políticos e ideológicos envolvidos nesse processo. Questão esta que nos motivou a trabalhar o tema ideologia neste estudo.

É difícil encontrar na Ciência Social um conceito tão complexo quanto o de ideologia. Sob este rótulo está uma grande acumulação de contradições, equívocos e paradoxos que tornam extremamente difícil encontrar uma definição clara e precisa nesse campo (Guareschi, 1992; Löwy, 1988).

Há inúmeros enfoques teóricos que dão diferentes significados e funções ao conceito de ideologia, sem falar das fortes conotações, políticas e valorativas, que o conceito carrega em si. Questões sociológicas, psicossociais, epistemológicas, até mesmo bastante complexas, estão ligadas à realidade da ideologia (Guareschi, 1992, p.117).

O conceito de ideologia surgiu com o filósofo francês Destutt De Tracy. Em seu livro, publicado em 1801, cujo título era *Eléments d'Idéologie*, o conceito era trabalhado num subcapítulo da zoologia, configurando-se como o estudo científico das ideias que resultam da interação entre o organismo vivo e o meio ambiente (Löwy, 1988). Destutt De Tracy lutou como soldado durante a Revolução Francesa e tornou-se membro do grupo de elite de cientistas e filósofos, do *Institut Nationale*, que constituíam a ala teórica da reconstrução social da França. O filósofo também criou para as *écoles centrales* do serviço civil um programa de educação nacional, que se baseava na ciência das ideias. Contudo, Napoleão renegou o idealismo revolucionário e o conceito de ideologia passou a significar

*o liberalismo político e o republicanismo, em conflito com o autoritarismo bonapartista* (Eagleton, 1997, p. 68).

Sendo assim, Destutt De Tracy e seu grupo, que tinham como objetivo fazer uma análise científica materialista das ideologias, foram chamados por Napoleão de ideólogos, no sentido de especuladores metafísicos (Löwy, 1988). Napoleão declarou ter sido ele o inventor do termo depreciativo ideólogo, como uma forma de menosprezar os homens do Instituto. Para ele, De Tracy e seu grupo, constituíam uma classe perigosa que se empenhava em destruir a autoridade política e privar os homens de suas ficções consoladoras (Eagleton, 1997).

Segundo Löwy (1988), quando Marx se apropria do termo ideologia, na primeira metade do século XIX, ele está sendo usado em seu sentido napoleônico. Dessa forma, o termo segue um caminho tortuoso, tem um sentido atribuído por De Tracy, que é modificado por Napoleão e retomado e modificado por Marx, que em *A ideologia alemã*, aparece como *ilusão, falsa consciência, concepção idealista na qual a realidade é invertida e as idéias aparecem como motor da vida real* (p. 12). Nesta perspectiva, o conceito passa a ter um sentido pejorativo que se refere à consciência deturpada da realidade através da ideologia das classes dominantes. Já na obra de Lenin, o termo ideologia deixa de ter um sentido negativo, e passa a se referir a qualquer concepção sobre a realidade social vinculada aos interesses de certas classes. Portanto, para Lenin, existiria tanto uma ideologia burguesa como uma ideologia proletária.

Assim, o termo vai mudando de sentido, não só de uma corrente intelectual para outra, mas também dentro de uma mesma corrente, como no marxismo. Para Löwy (1988), é Manheim quem organiza estas perspectivas através dos conceitos de ideologia e utopia. Estes dois conceitos constituem o fenômeno nomeado por Manheim de ideologia total, no qual a ideologia corresponderia ao conjunto de ideias e representações *que se orientam para a estabilização, ou legitimação, ou reprodução, da ordem estabelecida* (p. 13) e as utopias seriam ideias que aspiram outra realidade e têm, portanto, uma função crítica, subversiva ou revolucionária.

A Escola de Frankfurt, principalmente com Horkheimer e Adorno, trabalhou com uma explicação da ideologia articulada ao que chamaram de indústria cultural, que seria a mercantilização das formas culturais, devido ao surgimento da indústria de entretenimento na Europa e nos Estados Unidos, no final do século XIX e início do século XX. Para estes autores, o desenvolvimento destas indústrias de entretenimento levou à padronização e à racionalização das formas culturais, processo este que atrofiou a capacidade do indivíduo



de pensar e agir de maneira autônoma e crítica. Neste sentido, os produtos culturais oriundos desta indústria são elaborados de acordo com os princípios da acumulação capitalista, visando sempre o lucro. Tais produtos são produzidos não pelo seu valor artístico, mas pela lógica da produção de mercadoria e troca (Thompson, 2002).

Adorno e Horkheimer argumentam que o desenvolvimento da indústria cultural é intrínseco ao processo de crescimento da racionalização e reificação das sociedades modernas. Dessa forma, o papel da ideologia está diretamente ligado a este desenvolvimento, apresentando-se como parte da realidade social e imanente aos bens da indústria cultural, que ao serem consumidos levam à reprodução desta realidade (Thompson, 2002).

Por estar próxima ao positivismo, a ideologia da racionalidade tecnológica, fortalece o pensamento e o comportamento padronizados. *O desenvolvimento através de uma educação moral, conflitiva, mas que permita o surgimento de um espaço psíquico autônomo de rebeldia é substituído por critérios de normalidade científica heterodirigidos.* A consciência tecnológica assume o lugar da consciência política reduzindo a si mesma e os outros a objetos técnicos. Nesse sentido, assiste-se a despolitização das massas através de um Estado que se privatiza para atender às necessidades do capital e, ao mesmo tempo, para conter as possibilidades de revolta social, oferece uma série de benefícios à classe trabalhadora. Mostrando-se provedor e eficaz no atendimento da população, o Estado do Bem-Estar Social, alija os trabalhadores do processo político (Crochik, 1990, p. 153).

Althusser (1980) define ideologia como os aparelhos ideológicos de Estado, que seriam instituições criadas ao longo da história como fruto das relações entre os homens. O autor afirma que a teoria marxista pouco avançou na elaboração de uma teoria do Estado, e distingue o poder de Estado do aparelho de Estado. No âmbito do aparelho de Estado é necessário situar os aparelhos repressivos e os aparelhos ideológicos. Repressivos são aqueles que funcionam por meio da violência: o exército, a polícia, os tribunais, as prisões, bem como os que funcionam pela repressão, mesmo através de formas não físicas de violência, como a administração e o governo. Os aparelhos ideológicos correspondem a realidades que se apresentam, a princípio, através de instituições distintas e especializadas, a instituição religiosa, escolar, cultural, de informação, familiar, sindical etc. Dessa forma, é possível destacar que, enquanto o aparelho repressivo de Estado pertence ao domínio público, a maioria dos aparelhos ideológicos se refere ao domínio privado.

A distinção entre o público e o privado é uma distinção interior ao direito burguês, e válida nos domínios (subordinados) em que o direito burguês exerce os seus “poderes”. O domínio do Estado escapa-lhe porque está “para além do Direito”: o Estado, que é o Estado da classe dominante, não é nem público nem privado, é pelo contrário a condição de toda a distinção entre público e privado (Althusser, 1980, pp. 45-46).

Para Althusser (1980), pode-se dizer o mesmo dos aparelhos ideológicos de Estado. Não importa se as instituições que os realizam sejam públicas ou privadas, a importância está em seu funcionamento. Assim, o que distingue os aparelhos repressivos dos aparelhos ideológicos é que os primeiros funcionam pela violência, enquanto os últimos funcionam pela ideologia. Cabe salientar que qualquer aparelho de Estado funciona pela violência e pela ideologia. Em uns prevalece a repressão, inclusive física, e em outros prevalece a ideologia, mesmo que possam exercer também a violência, ainda que de modo simbólico e mascarado. Esse duplo funcionamento da ideologia e da violência, de maneira prevalente ou secundária, permite que se configurem combinações muito sutis entre o jogo do aparelho repressivo e o jogo dos aparelhos ideológicos.

Se [...] a “classe dominante” detém o poder de Estado (de uma forma franca ou, na maioria das vezes, por meio de Alianças de classe ou de fracções de classes, e dispõe, portanto, do Aparelho (repressivo) de Estado, podemos admitir que a mesma classe é dominante e activa nos Aparelhos ideológicos de Estado. É claro, agir por leis e decretos no Aparelho (repressivo) de Estado e “agir” por intermédio da ideologia dominante nos Aparelhos ideológicos de Estado são duas coisas diferentes. [...] A partir do que sabemos, *nenhuma classe pode duravelmente deter o poder de Estado sem exercer simultaneamente a sua hegemonia sobre e nos Aparelhos Ideológicos de Estado* (Althusser, 1980, pp. 48-49 – grifos do autor).

Guareschi (2005) argumenta que o conceito de ideologia pode apresentar quatro dimensões distintas que se relacionam formando dois polos. A dimensão positiva/neutra em oposição à dimensão negativa, e a dimensão material/concreta em oposição à dimensão dinâmica. A ideologia no sentido positivo/neutro é entendida como uma cosmovisão, ou seja, um conjunto de valores e ideias de uma pessoa ou grupo. Em seu sentido negativo, a ideologia seria um conjunto de ideias distorcidas que obscurecem a realidade e sustentam as relações de dominação. A dimensão material/concreta diz respeito à ideologia como algo materializado, corporificado na própria ideia; e, na dimensão dinâmica, a ideologia se constitui *como uma prática, uma maneira como as formas simbólicas servem para criar e manter as relações sociais entre as pessoas* (p. 92). O autor argumenta que esta última maneira de trabalhar com o conceito de ideologia evita a difícil tarefa de se verificar a falsidade ou veracidade dos conceitos já estabelecidos.

Essa concepção já pode ser visualizada em Marx, não de maneira clara, mas implícita, quando ele emprega ideologia como sendo um sistema de representações que servem para sustentar relações existentes de dominação, através da orientação das pessoas para o passado, ou para imagens e idéias que desviam da busca de mudança social (...) Essa nova concepção de ideologia afasta nossa atenção de ideias abstratas e doutrinas filosóficas e teóricas, concentrando, em vez disso, nossa atenção nas maneiras como as formas simbólicas são usadas e transformadas em contextos sociais específicos. É uma concepção que nos obriga a examinar as maneiras como as relações sociais são criadas e sustentadas por formas simbólicas que circulam na vida social, aprisionando as pessoas e orientando-as para certas direções (Guareschi, 2005, p. 95).

Conforme Thompson (2002), nesta perspectiva, a ideologia se refere à *maneira como o sentido serve para estabelecer e sustentar relações de dominação* (p. 76). Dessa forma, os fenômenos não são ideológicos em si; o são apenas na medida em que servem para manter relações de dominação. Assim, o autor pretende manter a ideia de ideologia no sentido negativo encontrado em Marx, quando argumenta que as formas simbólicas servem para manter relações de dominação, mas retira o aspecto relacionado à falsidade, no sentido de que elas não precisam ser errôneas ou ilusórias para que sejam ideológicas.

Segundo Eagleton (1997), ao se ampliar de tal forma o termo ideologia, tem-se a desvantagem de descartar elementos do conceito considerados como centrais por muitos filósofos: como o *obscurecimento e a “naturalização” da realidade social, bem como a resolução ilusória de contradições reais* (p. 20 – grifo do autor). Para o autor, um grupo de pensadores – de Hegel e Marx a Georg Lukács e alguns pensadores marxistas posteriores – caracterizam a ideologia como ilusão, distorção e mistificação; e outra tradição de pensamento, mais sociológica que epistemológica, voltou-se *mais para a função das idéias na vida social do que para seu caráter real ou irreal* (p.16). Dessa forma, o termo parece fazer referência não apenas a um conjunto de crenças e valores, mas também a questões de poder, principalmente quanto a legitimar o poder de uma classe dominante.

O termo ideologia tem um amplo espectro de significados históricos, do sentido intratavelmente amplo de determinação social do pensamento até a idéia suspeitosamente limitada de disposição de falsas idéias no interesse direto de uma classe dominante. Com muita frequência, refere-se aos modos como os signos, significados e valores ajudam a reproduzir um poder social dominante, mas também pode denotar qualquer conjuntura significativa entre discurso e interesses políticos (Eagleton, 1997, p. 193).

Para o autor, a relação entre os discursos ideológicos e os interesses sociais é complexa, *a ideologia antes contribui para a constituição de interesses sociais do que*

*reflete passivamente posições dadas previamente, mas, apesar disso, legisla a existência de tais posições por sua própria onipotência discursiva* (Eagleton, 1997, p.194).

Como aponta Chauí (2007), o discurso ideológico é feito de lacunas e espaços em branco. Sua coerência se deve ao fato de se manter como uma lógica que exerce poder sobre os sujeitos sociais e políticos, justamente devido a essas lacunas e espaços. Desse modo, é pela razão de não dizer e não poder dizer tudo que o discurso ideológico é coerente e poderoso. Nesse sentido, para se configurar como o representante da sociedade como um todo, o discurso do poder precisa necessariamente ser ideológico, visto que este se caracteriza, *justamente, pelo ocultamento da divisão, da diferença e da contradição* (p.32). Para autora, através da ideologia, são construídos um imaginário e uma lógica de identificação social que, pelo encobrimento do conflito e da dominação, ocultam a presença do particular, dando-lhe a aparência do universal. O campo da ideologia se configura como um corpo de representações e normas

no qual os sujeitos sociais e, políticos explicam a origem da sociedade e do poder político; explicam as formas de suas relações sociais, econômicas e políticas; explicam as formas "corretas" ou "verdadeiras" de conhecimento e de ação; justificam, através de idéias gerais (...) as formas reais da desigualdade, dos conflitos, da exploração e da dominação como sendo, ao mesmo tempo, "naturais" (isto é, universais e inevitáveis) e "justas" (ponto de vista dos dominantes) ou "injustas" (ponto de vista dos dominados) (Chauí, 2007, p. 30 – grifos da autora).

Portanto, o campo da ideologia é o campo do imaginário, mas não como irrealidade ou fantasia, mas como um conjunto coerente de representações tidas como capazes de explicar e justificar a realidade concreta. O aparecer social é tomado como o ser do social, não no sentido de uma aparência falsa, mas como a forma com que as imagens consideradas como a realidade concreta do social e do político se manifesta para os homens (Chauí, 2007).

## 4 O CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO: O MÉTODO

---

De acordo com Minayo (2011), a pesquisa se constitui como a base da atividade científica capaz de vincular pensamento e ação visto que *nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática* (p.16). Assim, a pesquisa pode ser entendida como um movimento em que o pesquisador tem *uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente* (Minayo, 1994, p.23).

A pesquisa nas Ciências Sociais se ocupa de questões muito particulares que a diferencia dos estudos realizados nas Ciências Naturais. O estudo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes que formam um conjunto de fenômenos humanos e compõem a realidade social, dificilmente pode ser traduzido em indicadores quantitativos (Minayo, 2011).

Dessa forma, há de se considerar que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, já que a realidade social é sempre mais rica que as teorizações e os estudos empreendidos a seu respeito, pois *os códigos da ciência que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de conter a totalidade da vida social* (Minayo, 2011, p.14). No entanto, as Ciências Sociais possuem diferentes instrumentos que permitem ao pesquisador se aproximar de seu objeto ainda que de maneira incompleta e imperfeita.

### 4.1 Pesquisa bibliográfica/documental

Buscando compreender os aspectos ideológicos que perpassam o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, propõe-se a realização de uma pesquisa bibliográfica/documental a qual *procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos* (Cervo & Bervian, 1993, p. 79).

De acordo com Salvador (1986), documento ou documentação *é toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova* (p. 74). Assim, a pesquisa bibliográfica requer o levantamento da bibliografia já publicada em livros, revistas, periódicos, imprensa escrita etc., pois seu objetivo é colocar o pesquisador em contato direto com aquilo que foi escrito sobre determinado assunto (Lakatos & Marconi, 1991).

Segundo Gil (1994), através das fontes, a pesquisa bibliográfica, possibilita um amplo alcance de informações, pois permite a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, o que também auxilia na construção ou na melhor definição do quadro teórico que envolve o objeto de estudo.

Dessa forma, conforme aponta Salvador (1986), na realização da pesquisa bibliográfica, há uma sequência de procedimentos a ser cumprida e que compreende quatro fases de um processo contínuo.

A primeira delas compreende a elaboração do projeto de pesquisa caracterizado pela escolha do tema, pela formulação do problema de pesquisa e pelo plano de trabalho que visa buscar as respostas às questões formuladas.

A segunda fase consiste na investigação das soluções. É a fase da coleta da documentação, que envolve dois momentos distintos: levantamento da bibliografia e levantamento das informações contidas na bibliografia.

A terceira fase compreende a análise explicativa das soluções, ou seja, a análise da documentação, examinando o conteúdo das afirmações. Essa fase é construída conforme a capacidade crítica do pesquisador para explicar ou justificar os dados e informações contidas no material selecionado.

Finalmente, tem-se a fase chamada síntese integradora, que é o produto final do processo de investigação resultante da análise e reflexão dos documentos. É o momento de conexão com o material de estudo para leitura, anotações, indagações e explorações cuja finalidade é a proposição de soluções para o problema investigado.

#### **4.2 Entrevista semiestruturada**

A entrevista tem como objetivo levantar informações relevantes a respeito de um objeto de pesquisa (Minayo, 2011) e sua preparação é uma das etapas mais importantes da investigação. É necessário fazer seu planejamento conforme o objetivo a ser alcançado e escolher o entrevistado, ou seja, alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado. Deve-se verificar sua disponibilidade para realizar a entrevista, e dependendo do tipo de entrevista, preparar o roteiro com os pontos ou questões relevantes (Lakatos & Marconi, 1991).

Para Minayo (2011), as entrevistas se caracterizam conforme sua forma de organização, podendo ser classificadas como: sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada e projetiva.

Boni e Quaresma (2005) argumentam que as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas e, por isso, o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem ficar preso à questão formulada. Nesta modalidade de entrevista, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões que foram definidas previamente e estar atento para dirigir a discussão para o assunto que o interessa a fim de elucidar questões que não ficaram claras ou recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha se distanciado do tema. Esta técnica é utilizada, principalmente, quando se deseja delimitar o volume das informações a fim de obter um direcionamento maior para determinado tema.

A principal vantagem das entrevistas abertas e semiestruturadas é que, ao contrário dos questionários, estas estratégias têm um índice de respostas mais abrangente uma vez que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre determinados assuntos em vez de responder por escrito. As entrevistas também possibilitam a correção de enganos dos informantes, que muitas vezes não poderiam ser corrigidos no caso do uso de questionário escrito. Têm como vantagem certa flexibilidade quanto à duração, o que permite uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos (Boni & Quaresma, 2005).

Para Brandão (2000), a entrevista *reclama uma atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado* (p. 8), além de se atentar aos tons e ritmos das falas, bem como das expressões gestuais do entrevistado.

O que torna o trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados) um instrumento privilegiado de coleta de informações para as pessoas é a possibilidade que a *fala* tem de ser reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor (Minayo, 2011, p.64 – grifo da autora).

Portanto, a entrevista, entendida como um momento de interação, permite que as situações de contato entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados se configurem como parte integrante do material de análise (Boni & Quaresma, 2005, p.72).

Por isso, a importância de registrar o modo como esse contato é estabelecido: a forma como o pesquisador é recebido pelo entrevistado, o grau de disponibilidade para a concessão da entrevista, o local em que ela será concedida, bem como a postura do entrevistado durante toda a entrevista. Todos estes elementos são significativos para a

leitura e interpretação da entrevista e também para a compreensão do universo investigado (Duarte, 2002).

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial e, como este tipo de trabalho é realizado a partir de referenciais teóricos que revelam as preocupações científicas do pesquisador, não se pode pensar num trabalho de campo neutro (Minayo, 2011).

Dessa forma, devido à especificidade do objeto das Ciências Sociais, bem como às características da pesquisa qualitativa, a discussão acerca das desvantagens do uso das entrevistas abertas e semiestruturadas se referem mais às limitações do entrevistador, principalmente em relação à postura adotada nas situações de contato com o entrevistado, ao grau de familiaridade com o referencial teórico-metodológico utilizado e, quanto à leitura, interpretação e análise do material das informações construídas no trabalho de campo. Assim, ao longo de toda a pesquisa é preciso *ter olhar e sensibilidade armados pela teoria*, buscando a articulação do trabalho de campo com os conceitos e constructos do referencial teórico (Duarte, 2002, p. 152).

#### **4.3 Procedimento de coleta e análise dos dados**

Como apontado acima, este estudo se valeu de dois recursos metodológicos para compreensão do objeto de pesquisa: a pesquisa bibliográfica e a entrevista semiestruturada. Após a transcrição, a entrevista foi utilizada como documento base de análise do estudo, sendo as demais fontes utilizadas a partir dos pontos relevantes oriundos da mesma.

A entrevista semiestruturada foi realizada com o professor e psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado no dia 28 de junho de 2013 do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP) da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) e era composta por 13 questões envolvendo as dimensões técnico-assistencial e jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira. O entrevistado é um ator social de grande importância no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, como coordenador nacional de saúde mental por quase 10 anos e pela proximidade com setor jurídico – Pedro Gabriel é irmão de Paulo Delgado, Deputado que apresentou o Projeto de Lei 3.657 em 1989 – trouxe contribuições enriquecedoras a este estudo.

Quanto à dimensão jurídico-política, os principais documentos utilizados a partir da entrevista foram: o Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, que previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais; a Lei n. 10.216 de 2001,



que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; bem como as atas do Congresso Nacional em que o projeto foi discutido até a aprovação da lei em 2001. A dimensão técnico-assistencial englobou uma diversidade maior de documentos, entre eles destaca-se a obra de Jairo Goldberg intitulada *A clínica da psicose: um projeto na rede pública*, que descreve a experiência de construção de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que se tornou referência, a dissertação e tese de Fernanda Nicácio intituladas, respectivamente, *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura* e *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental* que descrevem uma experiência de desinstitucionalização santista. Cabe salientar que apenas as leis e atas do Congresso Nacional, analisadas na dimensão jurídico-política, foram documentos selecionados *a priori*, os demais textos foram selecionados a partir da análise da entrevista.

Como foi apontado acima, o principal instrumento de coleta e análise dos dados na pesquisa bibliográfica é a leitura atentando-se para não perder de vista o objeto de estudo e o referencial teórico construído ao longo da pesquisa.

Nesse sentido, a análise foi realizada, conforme aponta Salvador (1986), em dois momentos: a análise explicativa das soluções e a síntese integradora das soluções que se referem à capacidade crítica do pesquisador para explicar e justificar as informações que foram encontradas no material selecionado.

#### **4.4 Considerações éticas**

Este trabalho se realizou como base na Resolução/UFSJ/CONSU n. 050<sup>15</sup>, de 30 de outubro de 2006, a qual aprova o protocolo de pesquisa submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES).

O referido protocolo foi encaminhado ao CEPES, contendo informações gerais referentes ao projeto de pesquisa, bem como informações acerca dos procedimentos éticos adotados na realização do estudo. Tais questões dizem respeito ao sigilo das informações e à divulgação dos dados. Cabe ressaltar que o protocolo foi assinado pelos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) e do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP).

---

<sup>15</sup> [http://www.ufsj.edu.br/cepes/instrucoes\\_gerais.php](http://www.ufsj.edu.br/cepes/instrucoes_gerais.php).

No momento da realização da entrevista, o entrevistado recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra em anexo. Tal documento esclarece: o caráter voluntário da participação do entrevistado, o objetivo do estudo, o sigilo das informações, o anonimato do sujeito, bem como a possibilidade de desistência quando for de desejo do participante.

O documento diz respeito também à responsabilidade da pesquisadora quanto ao vazamento de informações e o arquivamento do material por cinco anos em local de acesso exclusivo, sendo que se for do desejo do participante ele poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, através do telefone de contato e e-mail da pesquisadora, presentes no TCLE.

A entrevista foi iniciada somente após o esclarecimento das questões acerca da pesquisa e da apresentação e assinatura do TCLE pelo entrevistado. Após a transcrição a mesma foi enviada ao entrevistado para possíveis correções e ajustes.

Cabe ressaltar que, por se tratar de um ator social de grande importância para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o entrevistado, por ser uma pessoa pública, poderá optar pelo não anonimato das informações, que possivelmente terão caráter público. Neste sentido, o entrevistado assinou uma carta de cessão que autoriza a pesquisadora a utilizar o material da entrevista como documento de análise.

## 5 A DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE LEI 3.657 À CONSTITUIÇÃO DE UMA CONDIÇÃO DE CIDADANIA

---

Este capítulo se propõe a abordar a dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira a partir da análise do processo legislativo que envolve a apresentação do Projeto de Lei 3.657 de 1989 e sua transformação na Lei 10.216 de 2001.

Conforme Olivetti (2000), a elaboração das normas legais respeita características peculiares do processo legislativo de cada país. O mesmo não se restringe ao procedimento legislativo em si e deve ser compreendido como um fenômeno dinâmico, caracterizado pelo encadeamento de atos e fatos que não são necessariamente da ordem do direito, partindo da *demanda da lei* para a *decisão da lei* quando ocorre a aprovação ou rejeição (p. 966).

No Brasil, a Constituição de 1988, Título IV, Capítulo I, dispõe sobre a organização do poder legislativo exercido pelo Congresso Nacional que é composto pela Câmara dos Deputados<sup>16</sup> e Senado Federal<sup>17</sup> (Constituição, 1988). A proposição de leis configura-se em função legislativa exercida pelas duas instâncias do Congresso Nacional. Após a aprovação final do projeto de lei, cabe ao Presidente da República sancioná-lo.

### 5.1 O Projeto de lei 3.657: a apresentação e discussão em primeiro turno

*Fiz um texto inicial e encaminhei para várias pessoas do movimento, não fizemos nenhuma consulta mais ampla, consultei pessoas do movimento. O Paulo Delgado deu a diretriz do que poderia e do que não poderia, do ponto de vista de processo legislativo. Então surgiu uma primeira versão, que foi a lei que teve o número 3.657 e depois se transformou na Lei 10.216 (Pedro Gabriel).*

Em 1989, ano de apresentação do Projeto de Lei 3.657, o cenário político nacional era marcado pela primeira eleição direta à presidência da república após o longo período de autoritarismo. O presidente em exercício, José Sarney, primeiro presidente civil após o regime militar, conduziu o processo final de transição democrática. A eleição presidencial ocorreu em dois turnos, no primeiro turno, realizado em 15 de novembro, cerca de 82

---

<sup>16</sup> É composta por representantes do povo, eleitos, pelo sistema proporcional, em cada estado, em cada território, e no Distrito Federal, com mandato de quatro anos (Constituição, 1988).

<sup>17</sup> É composto por representantes dos estados e do Distrito Federal, eleitos segundo o princípio majoritário. Cada estado e o Distrito Federal elegerão três senadores, com mandato de oito anos.

milhões de eleitores colocaram Fernando Collor de Melo, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), e Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), para a disputa em segundo turno. Em 17 de dezembro, Fernando Collor venceu as eleições, com 38% dos votos, contra 31% de Lula (Silva, 2000, p. 402).

Diante desse contexto, foi realizada em Juiz de Fora, Minas Gerais, uma reunião proposta pelo então Deputado Paulo Delgado, filiado ao PT de Minas Gerais. Paulo Delgado voltava seu trabalho para a discussão de legislações protetivas, inclusive aquelas voltadas para a saúde mental. O Deputado acompanhava as propostas do Movimento da Luta Antimanicomial (MNLA) e discutia as questões relacionadas ao tema com seu irmão, Pedro Gabriel Delgado, militante e médico psiquiatra. Surgiu então uma primeira ideia de apresentação de um projeto de lei e, para tal, foram consultadas algumas pessoas ligadas ao Movimento.

Em 12 de setembro de 1989, o Projeto de Lei 3.657 foi apresentado na Ordem do Dia<sup>18</sup> do Plenário da Câmara dos Deputados, pelo Deputado Paulo Delgado. O Congresso Nacional estava na sua 48ª Legislatura (1987-1991), mesma legislatura da Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988). Assim, o plenário de deputados que analisou a proposição inicial era o mesmo que participou do processo de elaboração da nova constituição brasileira.

A proposta do Deputado Paulo Delgado – acompanhada pelo MTSM – foi acolhida na Comissão de Constituição e Justiça e, conforme consta na publicação do Diário do Congresso Nacional de 27 de junho de 1990, o projeto teve parecer favorável desta comissão que afirmou sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Em 04 de abril de 1990, o relator Harlan Gadelha, filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e a referida comissão, cujo presidente à época era o Deputado Theodoro Mendes, filiado ao mesmo partido, apresentaram apenas uma emenda, substituindo, no artigo 4º do projeto, a referência a *Decreto-Lei nº 24.559 de 3/7/1934* por *Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934* (Câmara dos Deputados, 1990, junho 27, p. 7881). No referido documento encontra-se também o relatório do Deputado Carlos Mosconi, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB) no qual se pode ler a crítica ao modelo manicomial e a necessidade de formas mais eficazes de tratamento. O

---

<sup>18</sup> Corresponde ao período da sessão ordinária ou extraordinária ou das reuniões das Comissões da Câmara ou do Senado, destinado à apreciação das proposições em pauta (Câmara dos Deputados, 2002, p.23).

mesmo argumenta que o projeto é brando, pois não interrompe o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e apenas regulamenta a criação de novos leitos.

A Comissão de Seguridade Social e Família, cujo presidente era o Deputado Joaquim Sucena, filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), também foi favorável ao projeto. Aprovou o parecer do relator adotando uma emenda apresentada pelo Deputado Lúcio Alcântara (PSDB)<sup>19</sup>. A mesma acrescenta ao artigo 1º o seguinte parágrafo único: *Parágrafo único. Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei Estadual* (Câmara dos Deputados, 1990, junho 27, p.7882).

Nesse momento final de discussão na Câmara dos Deputados os argumentos que embasaram o discurso dos grupos contrários ao projeto foram apresentados pela primeira vez na arena parlamentar. Os argumentos se voltavam para a exequibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e revelavam os ideais da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). Como forma possível de acordo para a votação final, o PTB exigiu que a instituição fosse ouvida na tramitação do projeto (Pereira, 2004). Em 12 de dezembro de 1990, as lideranças políticas apresentaram requerimento de tramitação urgente para o Projeto, sendo apresentadas oito emendas modificativas.

A emenda número 1 propunha a retirada da unidade psiquiátrica em hospital geral como um dos recursos de atendimento. Os Deputados Jorge Viana e Ricardo Fiúza, do Partido da Frente Liberal (PFL) e Bonifácio de Andrada<sup>20</sup>, vice-líder do Partido Democrático Social (PDS) argumentaram que a experiência da unidade psiquiátrica em hospital geral não era bem sucedida, pois as características arquitetônicas deste são diferentes daquelas do hospital psiquiátrico. Além disso, argumentam que, em hospital geral, a segurança é mínima, e o paciente psiquiátrico necessitaria de segurança média, causando transtorno aos familiares e pacientes clínicos e cirúrgicos. Argumentaram ainda que os pacientes psiquiátricos poderiam atuar como agente assimilador e disseminador de

---

<sup>19</sup> Lúcio Alcântara (PSDB) foi um importante ator na discussão do projeto no Senado Federal, sendo autor de uma série de emendas apresentadas ao projeto original.

<sup>20</sup> Bonifácio de Andrada é natural de Barbacena, Minas Gerais, cidade onde foi criada, em 1900, a primeira a Assistência a Alienados do estado, a qual se tornou, três anos depois, o primeiro hospício mineiro. Segundo Duarte (1996), a escolha da cidade se deveu principalmente a questões políticas devido a influência de políticos locais de projeção nacional. Além de “Cidade dos Loucos” e “Cidades das Rosas”, Barbacena é conhecida também como “Terra dos Bias e Andradas” tendo em vista que as duas famílias controlavam toda a vida política do município, sendo eleitos apenas candidatos dessas duas famílias. A partir da década de 1970, os Bias Fortes perdem paulatinamente o poder político e os Andradas se sucedem no governo municipal ao longo das duas décadas seguintes. Na primeira década dos anos 2000 os Bias conquistaram duas candidaturas (Célio Mazzoni e Danuza Bias Fortes). Contudo, a força política dos Andradas se mantém, pois controlam importantes instituições vinculadas ao setor terciário como a Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) e a Santa Casa de Misericórdia (Duarte & Passos, 2009). Nas eleições municipais de 2012 foi eleito, novamente, prefeito da família Andrada.

infecção hospitalar visto que, pelo fato de não permanecerem no leito, eles transitariam por todos os setores do hospital sem os cuidados necessários (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).

A segunda emenda, proposta pelos mesmos Deputados que apresentaram a emenda anterior, indicava que o órgão competente do recém criado SUS deveria normatizar a assistência psiquiátrica e garantir recursos necessários para o funcionamento terapêutico dos hospitais psiquiátricos. Os argumentos apontavam que a eliminação dos hospitais psiquiátricos seria um retrocesso para a assistência. Os Deputados criticavam o fato de o projeto ser inspirado na chamada Lei Basaglia, que regulamentou a reforma psiquiátrica italiana. Na justificativa da emenda foi apresentada parte de um artigo de Gianni Nardo, do Departamento de Psiquiatria de Rovigo, na Itália.

Entre os anos de 1974 a 77, jornais e revistas italianas estavam cheios de artigos que registravam os males e a desumanização feroz dos manicômios. Debates sustentavam a necessidade improrrogável de uma reforma que regulamentasse a atividade psiquiátrica. De 1982 até nossos dias, ao contrário, os mesmos jornais e revistas trazem, do mesmo modo, artigos apaixonados, alarmados, escandalizados no sentido oposto: reabertura dos manicômios, retorno aos antigos tratamentos, retirada dos "loucos" das ruas, agora "reinventados" sob forma perigosa quanto a sociedade civil: imprevisíveis, sujos, perturbantes. Por que uma reforma tão popular na época de sua implantação tornou-se, em tão breve tempo, uma verdadeira calamidade social? O hospital de psiquiatria existirá como uma exigência de ordem médica e social, enquanto a ciência não dispuser de meios para atalhar a eclosão de doença mental e, como consequência, quando ela determinar duas ocorrências: Primeiro: recusa do doente em se submeter a tratamento médico especializado adequado, única maneira válida que se tem para tentar deter a marcha evolutiva de muitas doenças mentais, implicando em possíveis danos permanentes de cronificação, ou risco de vida para ele próprio; Segundo: alterações das pautas habituais de relacionamento e convivência com os grupos, familiar e vicinal, trazendo essa quebra de padrões comportamentais problemas insuperáveis de convivência ante o desconforto ambiental criado, ou mesmo de riscos e ameaças eventuais vivenciados por esses supracitados grupos (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12, p.14058).

A emenda número 3 propunha modificações também no artigo 1º do Projeto de Lei 3.657. O Deputado Mozarildo Cavalcanti do Partido Liberal (PL) defendia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de leitos desde que aprovada pelo Plano de Saúde Mental, a ser elaborado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Em sua justificativa, o Deputado argumenta que o artigo em questão vai contra o artigo 16 da Lei 8.080 – a Lei do SUS – já que o dimensionamento da rede hospitalar, seja ela psiquiátrica ou não, deverá ficar sob a responsabilidade de órgãos

técnicos e normativos, como o Conselho Nacional de Saúde e seus correspondentes a níveis estadual e municipal (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).

A quarta emenda, proposta pelos Deputados Mozarildo Cavalcanti (PL), Ricardo Fiúza (PFL) e Bonifácio de Andrada (PDS), previa modificação no preâmbulo da lei. O preâmbulo do projeto original: *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória* (Câmara dos Deputados, 1989 setembro 29, p. 10696) deveria ser substituído por: *Dispõe sobre a regulamentação dos manicômios e a criação de outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória* (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12, p. 14059). A justificativa apresentada pelos Deputados apontava que para extinguir os manicômios e criar novos modelos assistenciais seria necessário analisar a real situação dos problemas psiquiátricos brasileiros, devendo ter embasamento técnico e científico realizado conforme a realidade nacional e internacional e não tomar como base apenas a experiência italiana.

A emenda número 5, também apresentada pelo Deputado Mozarildo Cavalcanti (PL), questionava novamente, entre outros pontos, a assistência psiquiátrica oferecida em hospitais gerais. Nesse sentido, o Deputado sugeriu que fosse dada nova redação ao artigo 2º do Projeto de Lei 3.657<sup>21</sup>. Nas palavras do Deputado

Ao criar comissões regionais, com poderes normativo e deliberativo, o disposto no art.2º fere o Art. 198 da Constituição Federal que determina, expressamente, comando único em cada nível de Governo. Também, ao preconizar a desativação progressiva dos leitos psiquiátricos de característica nosocomial, comete-se clamorosa aberração assistencial. Dentro das normas e posturas legais existentes, os hospitais psiquiátricos devem e têm que ser construídos, equipados e organizados de acordo com características próprias. (...) O paciente psiquiátrico, quando em hospital especializado, não está sujeito a infecções hospitalares nos mesmos moldes e incidência que ocorre em hospitais gerais. A exposição de pacientes psiquiátricos a riscos adicionais de contaminação, principalmente quando de alienação mental grave, é absolutamente não recomendável (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12, p. 14059).

Cabe salientar que o Deputado Morazildo Cavalcanti (PL) é quem também apresenta as emendas modificativas seis e sete, bem como a emenda aditiva número 8 juntamente com os Deputados Luiz Roberto Ponte (PMDB) e Amaral Neto (PDS).

---

<sup>21</sup> Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais e municipais de saúde) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, tais como, unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

As emendas de número 6 e 7 referiam-se ao artigo 3º<sup>22</sup> do Projeto de Lei. Morazildo Cavalcanti (PL) sugeriu que fosse dada nova redação tanto ao referido artigo como aos seus parágrafos 2º<sup>23</sup> e 3º<sup>24</sup>. Conforme o Deputado, a redação do artigo em questão incluía, no Poder Judiciário, a Defensoria Pública, sendo que estas instâncias regem atividades de natureza diversa não poderiam ser vinculadas. Além disso, o mesmo sugeriu que fossem estipuladas 48 horas para averiguação da legalidade da internação psiquiátrica e não 24 horas como propunha o projeto inicial. Quanto aos parágrafos mencionados sugeriu que o texto fosse adequado e redigido conforme legislação vigente.

A emenda número 8, única emenda aditiva, implicava acrescentar ao artigo 1º<sup>25</sup> o seguinte parágrafo: *Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada a implantação do disposto no caput do artigo, se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento* (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12, p. 14059).

Após a apresentação das oito emendas, o Deputado Paulo Delgado (PT), solicitou a nomeação de um relator a fim de que o projeto pudesse ser votado no dia seguinte. No dia 14 de dezembro de 1990, o Projeto de Lei 3.657 foi votado em turno único com os pareceres dos Deputados Geraldo Alckmin Filho (PSDB) e Adylson Motta (PDS), relatores das Comissões de Seguridade Social e Família e Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, respectivamente. Em favor da aprovação das emendas foram apresentados os argumentos dos Deputados Morazildo Cavalcanti (PL) e Roberto Jefferson (PTB), ambos apontaram a preocupação com possíveis efeitos deletérios decorrentes da aprovação do projeto. Para os Deputados o projeto não diferenciava os leitos manicomiais dos leitos psiquiátricos e, extinguindo-se ambos, não haveria forma de tratamento para os pacientes. Os Deputados criticavam os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como foi mencionado anteriormente, argumentando que essa tentativa já havia sido realizada em outros países tendo consequências desastrosas. Outro argumento apontado questionava o fato de o projeto estar amparado na Lei Basaglia. Para os Deputados, tal lei precisou ser reformulada

---

<sup>22</sup> Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a prescreveu, no prazo de 48 horas, à autoridade judiciária local ou à Defensoria Pública, quando houver (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).

<sup>23</sup> § 2º Compete ao Defensor público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).

<sup>24</sup> § 3º A defensoria pública (ou autoridade que judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).

<sup>25</sup> Art. 1º fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12).



devido aos problemas decorrentes de sua aprovação. Para respaldar o argumento, os Deputados citam novamente as palavras do professor Gianni Nardo do Departamento de Psiquiatria de Rovigo, na Itália (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 15).

Cabe salientar que essas mesmas palavras foram apresentadas no pronunciamento do Dr. Salomão Rodrigues Filho, no Seminário intitulado *Atenção à saúde mental no Brasil*, realizado no dia cinco de julho de 1991, que compõe o documento referente à *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Tanto o discurso dos Deputados acima referidos como o discurso do Dr. Salomão Rodrigues Filho estavam alinhados aos interesses da FBH. No mesmo documento, é apresentada a proposta da Federação para a atenção à saúde mental. Na mesma é possível observar, em palavras quase idênticas, os mesmos argumentos dos Deputados.

No final da sessão, a emenda número 8 foi aprovada e as demais emendas rejeitadas. O projeto foi aprovado contra o voto do PTB e da deputada Sandra Cavalcanti (PFL) e encaminhado ao Senado Federal.

## **5.2 A discussão e tramitação no Senado Federal: intensificação do debate**

O período em que o projeto esteve em discussão no Senado Federal, de 1991 a 1999, foi marcado por várias iniciativas importantes no campo da Reforma Psiquiátrica que partiram tanto do poder executivo nacional e do legislativo estadual, como do interior do movimento social. Tais iniciativas, à sua maneira, influenciaram o debate legislativo subsequente. No período de 1990 a 1996, as leis estaduais, cuja elaboração foi motivada pela apresentação do Projeto 3.657, marcaram o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a elaborar uma lei específica que procurasse responder às propostas de transformação relativa ao movimento de saúde mental. Propunha a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. A Lei nº 9.716 de 7 de agosto de 1992, teve amplo respaldo do movimento social em saúde mental, que contava com grande representatividade no território gaúcho. O Estado do Ceará aprovou a Lei nº 12.151 de 29 de junho de 1993, com ementa idêntica ao projeto apresentado na Câmara dos Deputados. No ano seguinte, Pernambuco aprovou a Lei nº 11.064 de 16 de maio de 1994. No ano de 1995 foram aprovadas mais quatro leis estaduais: a do Rio Grande do Norte, Lei nº 6.578 de 4 de janeiro; a Lei nº 11.802 de 18 de janeiro, em Minas Gerais; a Lei nº 11.189 de 9 de novembro, do Paraná e a do Distrito Federal, Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995. Em

1996 o Espírito Santo aprovou a Lei nº 5.267 de 10 de setembro que abordava essencialmente os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais (Pereira, 2004).

A realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema central *A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania*, também fomentou a discussão do Projeto 3.657 no Senado Federal. A partir do evento, a saúde vincula-se à ideia de cidadania, norteando o modelo assistencial a ser construído. Nesse sentido, desenha-se um modelo de atenção que é apresentado no relatório final da II Conferência.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (Ministério da Saúde, 1994, p.13).

Assim como a realização da II Conferência, a publicação, pelo Ministério da Saúde, de instrumentos normativos que incentivavam a criação de serviços de atenção psicossocial, também favoreceu o debate no Senado Federal. A portaria n.º 189 de 1991 possibilitava a remuneração de atendimentos em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial em oficinas terapêuticas. A Portaria n.º 224 de 1992 dispunha sobre as normas para o atendimento em CAPS/NAPS, visando uma equipe técnica mínima, diversificação de atividades, inserção na rede de serviços entre outros<sup>26</sup> (Pereira, 2004).

Feitas tais considerações acerca contexto político e social que envolvia o período de apresentação do Projeto 3.657 no Senado Federal iniciaremos a discussão do processo legislativo propriamente dito.

O Projeto do Deputado Paulo Delgado foi apresentado à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em fevereiro de 1991 passando a ser identificado como Projeto de Lei da Câmara (PLC) 8/91. Em 18 de fevereiro o PLC 8/91 foi encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais, que tinha como relator o Senador José Paulo Bisol (PSDB). Sem contradizer as premissas básicas do projeto original, o parecer do relator estabelecia a necessidade de apresentação de um substitutivo

---

<sup>26</sup> Ver capítulo seguinte sobre a dimensão técnico-assistencial.

que, a um só tempo, incorpore o projeto original, ratifique seus conteúdos fundamentais, reproduza sua filosofia e suas finalidades, elimine os defeitos constitucionais apontados, e, quem sabe, em alguma casual omissão o complemento, e aperfeiçoe, imprimindo-lhe uma explicitude de propósitos e uma clareza conceitual que seja capaz de pôr em desconforto os que de boa fé ou de má fé a ele se opuseram e se opõem (Senado Federal, 1991, p.147).

Assim, o substitutivo apresentado pelo Senador José Paulo Bisol (PSDB)<sup>27</sup> manteve a proposta original de substituição do modelo hospitalar, proibindo a construção de novos hospitais, a criação de novos leitos nos hospitais já existentes e a contratação ou financiamento, pela administração pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos. A proibição de expansão da rede hospitalar deveria respaldar a etapa de construção da nova rede assistencial e servir como uma forma de reserva de recursos para garantir a viabilidade da proposta. A disponibilidade de recursos assistenciais permitiria evitar grande número de internações reduzindo a necessidade de leitos. Nesse sentido, não implicaria na dissolução do hospital psiquiátrico, mas em uma quebra de sua hegemonia. Porém, o caráter provisório de substituição da rede hospitalar apresentado no substitutivo não serviu aos anseios dos grupos que defendiam o modelo hospitalar de assistência (Senado Federal, 1991).

A proposta de controle das internações psiquiátricas involuntárias – termo que substitui a palavra compulsória presente no texto do projeto original – foi considerada um imperativo constitucional de extrema importância, porém a instância designada para assumir a revisão das internações não poderia ser a defensoria pública, como apontava o Projeto 3.657, pois ela não constitui autoridade judiciária. Para o relator, essa função deveria ser desempenhada pelo Ministério Público, considerada sua abrangência nacional, suas atribuições definidas constitucionalmente e a tradição do direito civil brasileiro em delegar ao Ministério Público a curatela geral dos doentes mentais. Esta foi a primeira referência ao Ministério Público como instância revisora das internações involuntárias (Pereira, 2004).

Contudo, baseado nos princípios que compõe a Resolução da ONU, o relator considera que o órgão de revisão ou controle não precisaria ser obrigatoriamente estatal, podendo ser constituído por conselhos de psiquiatras ou de profissionais da saúde mental. Esta última proposta contradiz o espírito de garantia de direitos civis presente no projeto original, restabelece o poder decisório relativo à garantia de direitos a uma instância

---

<sup>27</sup>

O texto do substitutivo do Senador Bisol encontra-se em anexo.

técnica e não a uma instância independente e comprometida com a defesa de direitos e cidadania, como o Ministério Público (Pereira, 2004).

Em maio do mesmo ano, como consta nos Anais do Senado Federal, o Senador e médico Francisco Rollemberg (PMDB), vice-presidente da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), faz um pronunciamento no Plenário questionando a postura do Deputado Carlos Mosconi (PSDB), relator que havia apresentado parecer favorável ao projeto na Câmara dos Deputados. Em seu discurso o Senador argumentou favoravelmente à manutenção dos hospitais psiquiátricos (Senado Federal, 1991, maio 1).

Relatando algumas visitas a hospitais, Francisco Rollemberg colocou como foco da discussão a periculosidade do doente mental e a necessidade do hospital como espaço de tratamento. Criticou, principalmente, a utilização de uma citação, no parecer do Deputado Carlos Mosconi (PSDB), na qual o professor Clóvis Martins, docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de São Paulo e Presidente da Associação Latino-Americana de Psiquiatria, argumentara que os esforços no sentido de humanizar os manicômios haviam fracassado. O Senador, então, escreveu ao professor solicitando esclarecimentos. Em sua resposta, Clóvis Martins fez as seguintes ponderações:

1. O problema do tratamento e da assistência ao doente mental é preocupação da Psiquiatria desde os tempos de Pinel quando, como especialidade médica, passou ela a ter foro de ciência aplicada. 2. A partir de então, muitos são os que falam como advogados dos loucos, pouquíssimos porém os que com eles convivem, com eles sentem o problema da loucura e procuram, de fato, estudá-la e buscar caminhos e recursos para contra ela lutar. 3. Na minha vida profissional e universitária, já no ocaso, orgulho-me de ser um destes: dedico-me, deste estudante de Medicina, a enfrentar no dia-a-dia, no convívio com o louco, o preconceito, a rejeição, o medo, a hipocrisia, a ambiguidade com que a sociedade o trata; o jogo, às vezes impensado, quase sempre malicioso, dos que dele se aproveitam para instrumentar seus desígnios, desde os ditados pela ambição deles, de nível pessoal até os que se inspiram em ideologias diversas; o desafio de decifrar-lhe os mistérios para aliviar o sofrimento de sua incomunicabilidade, dedicando o máximo de meu esforço na luta contra tudo isso (Senado Federal, 1991, maio 1, p. 1960).

A partir da carta enviada pelo professor Clóvis Martins, o Senador argumentou que é preciso ter cautela na aprovação do projeto, pois o mesmo apresentaria uma série de equívocos:

(...) pretende deslocar o eixo da decisão sobre sanidade e saúde mental da esfera médica para a judiciária, subvertendo desse modo a legislação vigente. Nela a decisão judiciária só acontece após parecer psiquiátrico através de peritos psiquiátricos. A lei, ao contrário do que se poderia esperar, não se compromete senão de forma genérica com a melhoria da assistência ao doente mental, através da criação de recursos extra-hospitalares que inexistem no nosso País. Enfatizar a desospitalização pura e simplesmente é onerar os abrigos para mendigos e

aumentar a população carcerária como já tem acontecido em países que se deixaram seduzir pela psiquiatria alternativa, cognome da antipsiquiatria (...). O Projeto Paulo Delgado coloca em primeiro plano o repúdio ao que denomina internação compulsória como sinônimo de não voluntária (...). Os doentes mentais se caracterizam, exatamente, pela perda do juízo crítico sobre si mesmo e sobre o mundo. Não gozam, portanto, da capacidade de decisão, algo com frequência difícil para os que dispõem da capacidade de julgar dentro do que determinam os postulados da lógica formal. Esperar que um depressivo, para quem o futuro não existe e por isto optou pela morte, busque voluntariamente um tratamento no qual não acredita é empurrá-lo na direção que já lhe é indicada pela sua doença (Senado Federal, 1991, maio 1, p.1960).

Para finalizar seu pronunciamento o Senador apresentou um abaixo-assinado de cerca de setenta professores de psiquiatria posicionando-se contra a aprovação do projeto. A justificativa era que o mesmo feria os princípios da ciência psiquiátrica nos seus aspectos clínicos e jurídicos, continha afirmativas absurdas e transferia as prerrogativas legais de responsabilidade do médico *para domínio genérico de uma lei de cunho meramente político-ideológico* (Senado Federal, 1991, maio 1, p. 1961).

Cabe, aqui, salientar o esforço empreendido pelos psiquiatras – ou pelo setor psiquiátrico clássico, conservador – para manterem-se como detentores privilegiados do conhecimento acerca da doença mental e da assistência psiquiátrica.

Em 28 de junho de 1991, foram apresentadas, pelo Senador José Fogaça (PMDB), duas emendas modificativas. A primeira emenda dava ao artigo 1º a seguinte redação: *Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos manicômios públicos* (Senado Federal, 1991, p.159). A segunda emenda acrescentava a seguinte redação ao artigo 2º:

As Administrações Regionais de Saúde (Secretaria Estaduais, Comissões Regionais e locais, Secretarias Municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial (Senado Federal, 1991, p.162).

Em 15 de agosto, o Senador Lourival Baptista (PFL), propôs, também, uma nova emenda modificativa. A mesma estabelecia a alteração do prazo de 24 horas, determinado no §2º do artigo 3º, para 72 horas, com intuito de delimitar um prazo exequível e assegurar o cumprimento da determinação (Senado Federal, 1991, p.165).

Em seu parecer, o Senador Bisol (PSDB) rejeitou as duas emendas do Senador José Fogaça (PMDB) e incorporou no substitutivo apresentado, parte da emenda do Senador Lourival Baptista (PFL). Ao justificar a não aprovação das emendas, o Senador explica que

as mesmas se configuravam como instrumentos de luta contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento aos doentes mentais (Pereira, 2004).

Em setembro de 1991 encontra-se novo registro da discussão do PCL 8/91. O Senador Áureo Mello, do PRN, pronunciou um discurso a pedido de expoentes da classe médica. O Senador teceu sua argumentação baseada em uma citação de Oswald de Moraes Andrade, fundador e ex-secretário-geral da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), fundador e ex-presidente da Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro e presidente, por três períodos, da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro:

Só quem não tem vivência psiquiátrica pensa em acabar com o Hospital Psiquiátrico. O Projeto nº 8 não atende nem vai ajudar a melhorar o problema da saúde mental do Brasil e na verdade vai deixar desamparado o doente mental que na verdade é alienado, vivendo apenas o seu próprio mundo. O projeto é na verdade uma cópia do Projeto nº 180 da Itália, proposto pelo Partido Comunista Italiano (PCI) e mais tarde repudiado pelo próprio partido. Este projeto foi implantado na Itália e fracassou; e durante sua curta vigência, aumentou a mendicância por desproteção ao paciente, que não tinha quem o amparasse (Senado Federal, 1991, setembro 26, p. 6466).

Além da argumentação acima, Áureo Mello criticou o prazo de 24 horas para que o médico tome as providências judiciais que apuram a legalidade da internação, bem como o fato de o projeto estar fundamentado na Lei Basaglia. O Senador comparou os hospitais psiquiátricos aos leprosários, argumentando que a rejeição da família em acolher os pacientes oriundos dessas instituições estabelece a necessidade de mantê-las.

Ao longo da sessão foi possível verificar o posicionamento de diferentes Senadores. Carlos Patrocínio (PFL), médico, que na década de 1980 havia sido de diretor de um dos postos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), apresentou relatos de delitos cometidos por pacientes psiquiátricos atrelando periculosidade à doença mental. Da mesma forma, pôde-se observar a argumentação de Almir Gabriel (PSDB), também médico, apontando que tanto o tratamento da hanseníase como o da tuberculose poderia ser realizado em ambulatório, dispensando a internação. O médico criticou a falta de continuidade e as contradições apresentadas nas políticas implantadas na área da saúde e rebateu o argumento colocado por alguns Senadores, que defendiam a manutenção dos leitos psiquiátricos, de que o Brasil estaria de acordo com o que previa a Organização Mundial da Saúde (OMS) em termos de quantidade de leitos. O dado utilizado por estes Senadores era de 1950, quando a Organização previa um leito psiquiátrico para cada mil habitantes. No ano de 1991, os dados da OMS apontavam a necessidade de 0,10 a 0,25 leitos para cada mil habitantes.

Na mesma sessão, o Senador Áureo Mello (PRN) apresentou novamente o abaixo-assinado dos ex-professores e professores de psiquiatria, que pedia a rejeição do projeto, e questionou se quem estava propondo a extinção progressiva dos manicômios tinha conhecimentos de psiquiatria e medicina comunitária.

Em 10 de dezembro de 1991, os Senadores Lucídio Portella, filiado ao Partido Progressista do Brasil (PPB) e Beni Veras (PSDB) apresentam seus votos em separado. O primeiro posicionou-se contra o projeto original e o parecer do relator Bisol (PSDB). Afirmou que o projeto de lei contrariava princípios técnicos e científicos da psiquiatria, sendo o hospital psiquiátrico um dos estabelecimentos necessários para o tratamento dos pacientes. A preocupação do Senador Beni Veras (PSDB) girava em torno do risco de desospitalização brusca, portanto, propunha o estabelecimento de garantias para a rede conveniada de assistência. Propunha ainda a ampliação do prazo de comunicação da internação involuntária, à autoridade judiciária, para 48 horas, estendendo essa comunicação à Comissão de Ética Médica do estabelecimento onde foi realizada a internação e a inclusão dos prestadores de serviços privados no Conselho de Reforma Psiquiátrica (Pereira, 2004).

Importante salientar que estas posições já demonstram o crescimento das forças de oposição ao Projeto 3.657, tanto por meio da busca de ampliação do poder médico no processo de internação como da participação da iniciativa privada nos fóruns deliberativos e avaliativos do processo de Reforma Psiquiátrica e das estratégias de manutenção do quantitativo de recursos públicos voltados para a contratação de serviços privados de assistência psiquiátrica (Pereira, 2004).

O Projeto 3.657 volta a tramitar no Senado Federal no segundo semestre de 1995. Nesse momento foram apresentadas duas propostas de grande repercussão: quatro emendas do Senador Lúcio Alcântara (PSDB), que já havia participado da discussão do projeto na Câmara dos Deputados, em 1990, e a proposta de substitutivo do Senador Lucídio Portella (PPB).

A proposta do Senador Lúcio Alcântara (PSDB) estabelecia a substituição progressiva dos manicômios em detrimento de sua extinção, conforme o projeto original. Ao poder público caberia a coordenação do processo de planejamento e acompanhamento da substituição dos leitos manicomial por serviços não manicomial. Os órgãos de gestão do SUS teriam o prazo de um ano para apresentarem, ao poder legislativo, o planejamento e o cronograma de implantação dos novos serviços. Propunha, ainda, nos cinco anos seguintes à publicação da lei, a garantia de recursos do poder público para financiamento

do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomialis. A participação dos estabelecimentos conveniados na substituição da rede estava assegurada, sendo que uma das emendas propunha prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor público, de prestadores de serviço que substituíssem seus leitos manicomialis por serviços alternativos. Conforme o que havia sido proposto pelo Senador Bisol (PSDB), o Ministério Público continuou sendo a instância responsável pela revisão das internações compulsórias, termo presente no projeto original. O prazo para comunicação, pelo médico que procedeu a internação, ao Ministério Público estendeu-se para 72 horas. Embora atendesse alguns dos pontos levantados pelos grupos contrários ao projeto original, a proposta do Senador Lúcio Alcântara (PSDB) não tocava em algumas questões essenciais para esses grupos. O ponto principal era o próprio processo de superação do modelo hospitalar psiquiátrico pela rede assistencial substitutiva (Senado Federal, 1995, dezembro 13).

O Senador Lucídio Portella (PPB) procurou avançar em alguns desses pontos apresentando uma proposta que julgava como técnica e científica<sup>28</sup>. Ela mantinha os hospitais psiquiátricos como um dos recursos não manicomialis da assistência psiquiátrica, diferenciando a boa assistência da má assistência hospitalar. Posicionando-se contrário a qualquer proposta de extinção ou proibição de contratação de novas unidades manicomialis, o Senador Gilvam Borges (PMDB) vota pela rejeição do Projeto fundamentando sua argumentação na opinião do Presidente, à época, da Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), Zedyr Macedo. O mesmo declarou que o projeto acabaria com o único tipo de assistência organizada para o doente mental (Senado Federal, 1995, dezembro 13).

Em síntese, a proposta de substitutivo do Senador Lucídio Portella (PPB) organizava de maneira sistemática os interesses dos representantes dos grupos que buscavam manter a prioridade da técnica no campo da psiquiatria, e daqueles que procuravam manter qualquer forma de benefício pela continuidade do sistema hospitalar, sejam eles de natureza financeira, como os prestadores de serviços, ou mesmo de natureza pessoal, como determinados grupos de familiares que sustentavam a impossibilidade de cuidar dos doentes mentais fora do âmbito hospitalar. Toda a argumentação do Senador visava ressaltar a importância das contribuições científicas e técnicas no campo das doenças mentais, o que, em sua opinião, não teria sido levado em conta na elaboração do projeto original. O parecer do Senador Portella (PPB) visou, sobretudo, resguardar os

---

<sup>28</sup>

O texto do substitutivo do Senador Portella encontra-se em anexo.



direitos civis da pessoa como transtorno mental e assegurar o melhor tratamento possível conforme a ciência psiquiátrica (Senado Federal, 1995, dezembro 13).

Na argumentação do Senador Portella estava presente novamente a associação entre a extinção do hospital como meio tratamento e a desassistência. Seu ponto de vista se baseava na posição do professor Valentim Gentil Filho, da Faculdade de Medicina da USP – um dos principais opositores do projeto no meio acadêmico. O professor publicou vários artigos nos quais defendia a manutenção do hospital psiquiátrico, caracterizando a internação psiquiátrica como um ato exclusivamente técnico, da esfera médica<sup>29</sup> (Pereira, 2004).

Portella (PPB) considerou internação compulsória uma designação equívoca e sugeriu a conceituação clara de três tipos de hospitalização: voluntária, realizada com o consentimento do usuário; involuntária ou a pedido de terceiros, quando não há o consentimento do usuário; e, compulsória, aquela determinada pela justiça. Para ele, era necessária a criação de mecanismos rígidos de controle da hospitalização involuntária e, então, propôs a criação de uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária, constituída por dois membros da Comissão de Ética do estabelecimento que procede a internação, registrada no Conselho Regional de Medicina, e um médico representante do Conselho de Saúde Municipal. O Ministério Público só seria acionado mediante denúncia ou solicitação de familiares, assim, caberia a uma junta médica determinar a continuidade ou não da hospitalização involuntária (Senado Federal, 1995, dezembro 13). Dessa forma, o procedimento de revisão de internações tornava-se exclusivamente médico.

Com relação aos direitos do paciente, o Senador Portella (PPB) utilizou os princípios da Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1991 e Resoluções do Conselho da Europa de 1994 (Senado Federal, 1995, dezembro 13). Os dois primeiros artigos de seu substitutivo tratavam exclusivamente dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

Em 23 de novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) rejeitou o relatório do Senador Lúcio Alcântara (PSDB) e aprovou o voto em separado do Senador Lucídio Portella (PPB). O mesmo foi submetido ao Plenário, em 23 de fevereiro de 1996 e recebeu sete emendas: quatro do Senador Lúcio Alcântara (PSDB) e três do Senador José Eduardo Dutra (PT).

---

<sup>29</sup> Gentil Filho 1999a, 1999b, 2001.

A emenda número 1, proposta pelo Senador Lúcio Alcântara (PSDB), previa a substituição do preâmbulo do substitutivo: *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória* (Câmara dos Deputados, 1990, dezembro 12, p. 14059); pelo seguinte: *Dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória* (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 104).

A emenda número 2, proposta pelo Senador José Eduardo Dutra (PT), pedia que fosse incluído no artigo 2º<sup>30</sup> o seguinte parágrafo: § 4º *A substituição do sistema atual obedecerá aos critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano* (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 104). Como justificativa da emenda, o Senador argumentou que o projeto deveria ter como perspectiva o aperfeiçoamento da assistência sem que houvesse um desmantelamento geral do sistema.

A emenda de número 3, apresentada pelo Senador Lúcio Alcântara (PSDB), propunha a modificação da redação dos três parágrafos existentes no artigo 2º e acrescentava mais dois parágrafos, ficando com a seguinte redação:

Art. 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial. § 1º Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei, para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implementação dos novos serviços. § 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação. § 3º O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data de publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais

---

<sup>30</sup> Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial. § 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da datada aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde do Poder Legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma, de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento. § 2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal. § 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização (Senado Federal, 1996, fevereiro 23).

façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização. § 4º O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao de publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei. § 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 104).

Com a justificativa de melhor organizar a operacionalização do sistema quanto à divisão de competência por instância administrativa, a emenda número 4 também fazia referência ao artigo 2º, propondo nova redação para o 2º e 3º parágrafos:

§ 2º É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível Federal. § 3º As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de um (1) ano, em seu âmbito, conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o Poder Público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, pp. 104 e 105).

A emenda número 5, também proposta pelo Senador José Eduardo Dutra (PT), se referia ao artigo 3º<sup>31</sup>, propondo nova redação. O Senador argumentou que sua proposta tinha o objetivo de garantir que a internação involuntária fosse realizada com a garantia total dos direitos individuais do paciente.

---

<sup>31</sup> Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver. § 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal. § 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação. § 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro legal e zelar pelos direitos do cidadão internado (Senado Federal, 1996, fevereiro 23).

Art 3º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à Autoridade Judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento. § 1º Define-se como internação involuntária aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal. § 2º Compete à Autoridade Judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 (quarenta e oito) horas, sobre a legalidade da internação. § 3º A Autoridade Judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 105).

Cabe salientar que a nova redação, proposta pela emenda número 5, modificava o termo internação *compulsória* por internação *involuntária* e aumentava de 24 horas para 48 horas o prazo oferecido para que o médico comunicasse a internação à autoridade competente.

A emenda número 6, apresentada pelo Senador Lúcio Alcântara (PSDB), também fazia referência ao artigo 3º, propondo nova redação:

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas ao Ministério Público. § 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço da saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização como tal. § 2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação. § 3º O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro e zelar pelos direitos do cidadão internado (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 105).

A emenda número 7, apresentada pelo Senador Lúcio Alcântara (PSDB), propunha que fossem acrescentados os artigos 4º e 5º à proposta inicial, que continha apenas três artigos.

Art. 4º Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomiais por leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Art. 5º O Congresso Nacional realizará a revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação (Senado Federal, 1996, fevereiro 23, p. 105).

Em agosto de 1996, o Senador Lucídio Portella (PPB) encaminhou minuta de parecer a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) concluindo pela aprovação de duas das sete emendas apresentadas em Plenário. Foram aprovadas a emenda do Senador Lúcio Alcântara (PSDB) que propunha e definia a participação do poder público no processo de reorganização da assistência, e a emenda do Senador José Eduardo Dutra (PT) que afirmava o papel dos gestores do SUS na coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomialis, propondo a criação de Conselhos de Reforma Psiquiátrica pelas Secretarias Estaduais e Municipais. Importante salientar que as emendas aprovadas pelo Senador Portella (PPB) não comprometiam o teor das argumentações por ele apresentadas, nem traziam modificações reais na sua proposta (Pereira, 2004).

Em janeiro de 1997, o Senador Roberto Freire, filiado ao Partido Popular Socialista (PPS), fez um pronunciamento no Plenário lembrando aos senadores que o Projeto 3.657 que tramitava no Senado Federal desde 1991, estava parado nas Comissões e, por isso, apresentava requerimento para que o mesmo fosse incluído na Ordem do Dia. Ainda em ata de janeiro de 1997, o então presidente do Senado Federal, José Sarney (PMDB), informou que o projeto seria incluído na Ordem do Dia, oportunamente, após manifestação do Presidente da CAS (Senado Federal, 1997, janeiro 16).

Em novembro de 1998, o Senador Sebastião Rocha, do Partido Democrático Trabalhista (PDT), que havia assumido a redação do parecer referente ao Projeto 3.657, argumentou ser contra o pedido de urgência colocado para o mesmo, uma vez que se tratava de um projeto polêmico que envolvia duas correntes ideológicas distintas: uma favorável à substituição do hospital psiquiátrico por unidades de saúde que priorizassem o atendimento comunitário e outra, contrária ao projeto, sustentada pelos donos de hospitais e pela FBH, que visava manter o hospital e a internação como o principal modelo de assistência. O Senador, então relator da CAS, argumentou que pretendia convocar novas audiências públicas para que pudessem ser ouvidas as duas partes e, principalmente, o Ministério da Saúde, o Governo. Segundo o Senador, não havia à época um consenso no Ministério acerca do assunto<sup>32</sup>. Contudo, o pedido do Senador de discutir o projeto apenas no ano seguinte não foi aprovado (Senado Federal, 1998, novembro 26).

Em dezembro de 1998, o Senador emitiu o parecer da CAS acerca do projeto apontando questões como a lucratividade dos hospitais psiquiátricos, uma vez que bastava

---

<sup>32</sup> No governo de Fernando Henrique Cardoso, Carlos Cesar Albuquerque, filiado ao PSDB, foi ministro da saúde no período de 1996 a 1998. Após esta data, José Serra, também filiado ao PSDB, assumiu o cargo até 2002.

a existência do leito para que os donos recebessem a remuneração dos cofres públicos; o financiamento não se basear na qualidade da assistência prestada, apenas na quantidade de leitos, ou seja, quanto maior o número de leitos maior seria o investimento público; o caráter iatrogênico de tais instituições; e a ideia de periculosidade associada à doença mental. O Senador argumentou que a assistência psiquiátrica se baseava no tripé: omissão dos familiares, interesse dos donos de hospitais e conivência do Poder Público como suporte financeiro. Por isso, uma das metas do Projeto 3.657 seria impedir que o Estado continuasse a subsidiar o tratamento de baixa qualidade oferecido pelos hospitais. Porém, na perspectiva do Senador, apesar de conter uma proposta de relevância, o projeto apresentava vícios legislativos e falhas conceituais, além de limitar-se aos aspectos da desospitalização e internação compulsória (Senado Federal, 1998, dezembro 14).

Os principais vícios e falhas do projeto resumem-se em impor atribuições a entidades dos Poderes Executivos estaduais, ou seja, inconstitucionalidade por vício de iniciativa, classificar todas as internações não voluntárias como compulsórias, ignorando a diferença entre as internações determinadas pelo Poder Judiciário e aquelas solicitadas por familiares e/ou por médicos e impor atribuições à defensoria pública ou autoridade judiciária que a substitua. Nesse caso, o projeto (além de atribuir inconstitucionalmente o status de autoridade judiciária à defensoria pública) atribui competência a um ente do Poder Judiciário que não é apropriado para a missão definida, tornando difusa a definição do destinatário do dever jurídico (Senado Federal, 1998, dezembro 14, p.329).

Em consequência, o Senador apresentou-se favorável ao substitutivo do projeto apresentado pelo Senador Lucídio Portella (PPB). Apesar de o substitutivo ser considerado um aperfeiçoamento no que diz respeito às diretrizes de uma política de saúde e atenção ao doente mental, também apresenta limitações: não estabelece a necessidade de uma reforma psiquiátrica para a transição do modelo hospitalar vigente para o modelo comunitário e não prevê as fontes de recurso para tal transição. O substitutivo mantém a internação psiquiátrica como alternativa, o que perpetuará a prática da institucionalização e manterá os recursos de SUS voltados para administração desses leitos sem que se possam canalizar recursos para outras formas de assistência.

(...) a lei ideal de saúde mental deveria contemplar cinco requisitos básicos: 1 - a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde mental; 2 - a definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental; 3 - a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal; 4 - a previsão dos meios financeiros para fomentar a transição; 5 - e estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes

mentais ou violar dispositivos contidos na lei (Senado Federal, 1998, dezembro 14, p. 331).

O Senador argumenta que o projeto original, de autoria do Deputado Paulo Delgado, contemplava os quesitos de número 3 e 4, e o substitutivo do Senador Lucídio Portella (PPB) abrangia os requisitos de número 1 e 2. Portanto, apresentou um novo substitutivo<sup>33</sup> cujo texto atendia a todos os requisitos e manifestou-se pela aprovação do seu texto.

Na sessão seguinte em que houve a discussão do projeto, o Senador Sebastião Rocha (PDT) afirmou ter havido uma falha na proposição de seu substitutivo, pois o Deputado Paulo Delgado não havia participado da discussão da proposta. Considerou que alguns pontos incluídos em seu parecer dificultavam o processo de alta hospitalar e pediu que os senadores aprovassem o texto com a retirada desses incisos.

Com a palavra, o Senador Lucídio Portella (PPB) argumentou que o texto do Senador Sebastião Rocha (PDT) refletia o consenso entre as posições de duas correntes ideológicas diferentes – a antimanicomial, apoiada na antipsiquiatria, e a corrente a favor da manutenção dos hospitais psiquiátricos, com o apoio da FBH e de familiares de doentes mentais –, e do governo, através do Ministério da Saúde, na figura de José Serra, então Ministro. Mesmo apoiando o texto de Sebastião Rocha (PDT), Lucídio Portella (PPB) apontou seu repúdio a alguns aspectos do parecer daquele Senador, principalmente, quanto às falas dirigidas aos familiares de doentes mentais e às análises feitas à assistência prestada nos hospitais psiquiátricos que tentavam desqualificá-los como instrumento terapêutico. Lucídio Portella (PPB) argumentou também que era contra a influência do Deputado Paulo Delgado na redação do substitutivo uma vez que o projeto havia sido amplamente discutido no Senado Federal.

Ao longo da discussão, a Senadora Emília Fernandes (PDT) propôs uma emenda que modificava o artigo 3º, substituindo a expressão *é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental...*, pela seguinte: *Art. 3º É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos* (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 481).

Após as palavras da Senadora, foi encaminhada a votação sobre qual substitutivo deveria ser aprovado. Cabe salientar que ao longo da discussão o próprio Senador Lucídio

---

<sup>33</sup>

O texto do substitutivo do Senador Sebastião Rocha encontra-se em anexo.

Portella (PPB) foi a favor da aprovação do substitutivo de Sebastião Rocha (PDT), sendo este aprovado pelo Plenário.

Após a aprovação, foi apresentado um requerimento pedindo a votação em separado da expressão *revogando-se as disposições em contrário*, constante no artigo 14 do substitutivo. O requerimento foi aprovado e a expressão foi rejeitada e suprimida do texto do substitutivo. Foi apresentado o texto final para votação, podendo os senadores, apresentarem as emendas que julgassem necessárias.

Foram apresentadas dez emendas. As de número 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 e 10 de autoria do Senador José Eduardo Dutra (PT) e as de número 4 e 5 de autoria da Senadora Emília Fernandes (PDT). A emenda número 1 alterava a redação do artigo 1º para:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 485).

A emenda número 2 acrescentava no texto do substitutivo a presença da família ou responsável pelo paciente para ter ciência dos direitos mencionados no artigo:

Art. 2º Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 485).

Com o objetivo de melhor definir as instituições ou unidades que oferecessem tratamento, a emenda número 3 suprimia do caput do artigo 3º a expressão *qualquer*, ficando com a seguinte redação:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 485).

A emenda de número 4 dava nova redação ao artigo 3º devido à necessidade de especificar o tipo de serviço que seria prestado:

Art. 3º É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de



transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos. § 1º São os seguintes os estabelecimentos de saúde mental: a) ambulatório psiquiátrico; b) pronto-socorro psiquiátrico; c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral; d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral; e) hospital psiquiátrico; f) hospital-dia; g) hospital-noite ou pensão protegida; h) centros de convivência; i) hospital judiciário de custódia e tratamento mental; j) outros estabelecimentos que venham a ser desenvolvidos e regulamentados pelo Poder Público (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 485).

A emenda número 5 pretendia apontar com clareza a relação direta entre a definição de investimento, por parte do Poder Público, e a política de mudança do sistema vigente à época, dessa forma, propunha nova redação ao artigo 4º:

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista ou esteja em fase de implementação nova estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 486).

A emenda número 6 implicava em acrescentar no caput do artigo 4º a expressão *substitutiva* após a frase: *...onde não exista estrutura assistencial...* (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 486), pois explicitaria um determinado tipo de estrutura.

A emenda número 7 acrescentava um parágrafo único ao artigo 4º, com a seguinte redação:

Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto caput deste artigo, serão objeto de regulamentação do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 486).

Na tentativa de delinear os procedimentos referentes à alta hospitalar, a emenda número 8 pedia, no parágrafo 4º do artigo 5º, a supressão da expressão: *... e do Ministério Público, “ex officio”, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sobre responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontra internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições ...* (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 486) e seus parágrafos I, II, III IV e V.

A emenda número 9 modificava a redação do artigo 5º com a intenção de nortear as diretrizes regulamentadoras tanto da internação como da alta hospitalar:

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, reinserção social do paciente em seu meio; § 2º Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares; § 3º O paciente há longo tempo hospitalizados ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será o objeto de política específica de alta almejada a reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p. 487).

Finalmente, com o objetivo de garantir efetividade na decisão do médico autor da internação involuntária, a emenda número 10 pedia a substituição, no artigo 9º, da expressão *a procedeu* para a expressão *a determinou* (Senado Federal, 1998, dezembro 15, p487).

Após a apresentação das emendas acima, o projeto retornou a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para exame das mesmas. Em janeiro de 1999, foi apresentado um novo requerimento pedindo urgência para a votação do substitutivo do Projeto de Lei 3.657. O requerimento foi aprovado e o substitutivo foi colocado na Ordem do Dia da sessão de 12 de janeiro do mesmo ano. Na ata desta sessão, podemos encontrar o parecer da CAS acerca das emendas apresentadas. Tal parecer, apresentado pelo relator Sebastião Rocha (PDT), é favorável à emenda de número 1; parcialmente favorável às emendas de número 2, 4, 7, 8 e 9, apresentando subemendas; contrário às emendas de número 5, 6 e 10; e apresenta a emenda de número 11.

Na discussão do substitutivo, o Senador Lucídio Portella (PPB), cujas ideias, segundo o Senador Sebastião Rocha (PDT), se apoiavam na manutenção do sistema psiquiátrico hospitalar, acusou este Senador de ter quebrado o acordo com o governo – um consenso entre este e as duas perspectivas ideológicas –, tomando uma postura de favorecimento à corrente antimanicomial. O Senador Sebastião Rocha (PDT) defendeu-se das acusações, afirmando que realmente houve uma quebra no acordo inicial porque as partes envolvidas não conseguiram um entendimento.

(...) A responsabilidade, se há, é das duas correntes que não conseguiram chegar a uma conclusão. (...) Devemos pensar aqui no melhor para o Brasil; e o melhor para o Brasil, a meu ver, é exatamente um sistema híbrido, um sistema combinado em que o modelo hospitalar esteja presente, mas não seja o ponto fundamental do sistema; que a busca seja sempre pela implantação, pela implementação e pela utilização desses modelos substitutivos, que, no entendimento deste Relator, são necessários e mais adequados para a recuperação plena da pessoa portadora de transtornos psíquicos e sua reinserção na sociedade (Senado Federal, 1999, janeiro 13, p. 447).

Ao final da discussão foi apresentado novo requerimento a fim de que a matéria fosse retirada da Ordem do Dia com o intuito de melhor apurar as informações. Com o requerimento aprovado, a votação foi adiada para dia 21 de janeiro de 1999.

Nesta data, o Senador Sebastião Rocha (PDT) apresentou alterações no parecer emitido na sessão anterior e novas emendas ao substitutivo que são, segundo ele, fruto de nova tentativa de entendimento entre as partes: o Movimento da Luta Antimanicomial; a FBH e familiares de doentes mentais; e o Ministério da Saúde.

A primeira alteração propunha que, na emenda número 8, o parágrafo 4º do artigo 5º se transformasse em artigo autônomo, com a seguinte redação:

Art. nº – O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (Senado Federal, 1999, janeiro 21, p. 206).

O novo parecer era contrário à emenda número 7, entendendo que a lei mereceria regulamentação em diversos dispositivos, sendo assim, a especificação quanto ao artigo 4º tornar-se-ia dispensável.

A nova emenda, número 12, modificava a redação do caput do artigo 9º, justificando que, no caso de internação involuntária, não apenas a entrada, mas a alta também deveria ser comunicada ao Ministério Público.

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (Senado Federal, 1999, janeiro 21, p. 207).

Com o intuito de melhor explicar o caráter extra-hospitalar, a emenda número 13 alterava o texto da Alínea i do parágrafo único do artigo 2º para a seguinte redação:

Art.2º.....  
Parágrafo único.....  
i) ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Senado Federal, 1999, janeiro 21, p. 207).

A emenda número 14 modificava a redação do artigo 12 com o objetivo adequar o texto às peculiaridades do tema tratado. Visto que o mesmo envolvia diversas áreas das

ciências biológicas e humanas era necessário que em determinadas circunstâncias os Conselhos respectivos fossem ouvidos bem como o Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde (Senado Federal, 1999, janeiro 21, p.207).

Após a apresentação das alterações e emendas, o texto do substitutivo foi aprovado pelas lideranças partidárias e retornou ao Plenário da Câmara dos Deputados para apreciação e aprovação<sup>34</sup>.

Conforme consta na publicação do Diário da Câmara dos Deputados com data de 28 de março de 2001, o Deputado Carlos Mosconi (PSDB)<sup>35</sup>, relator da comissão de Seguridade Social e Família, argumentou ter recebido um texto muito diferente do projeto original e votou pela rejeição do substitutivo apresentado pelo Senado Federal.

Meu parecer é contrário ao substitutivo do Senado, porque, no meu modo de entender, ele não representa aquilo que nós queríamos há dez anos, assim como não representa nem de longe o atendimento às necessidades do setor, e também não representa aquilo que as entidades e os pacientes do segmento psiquiátrico pretendem para ter garantia de atendimento eficiente, seguro e moderno em setor tão importante (Câmara dos Deputados, 2001 março 28, p. 7776).

O substitutivo do Senado Federal foi à votação com parecer contrário do relator Carlos Mosconi (PSDB) e, em resposta aos apontamentos do mesmo, o Deputado Paulo Delgado argumentou que o substitutivo era um avanço mesmo havendo deficiências com relação à proposta inicial. O Deputado pediu ainda a supressão do artigo 4º, pois o mesmo estaria mantendo a estrutura manicomial que deveria ser superada<sup>36</sup>.

A partir de então, as lideranças partidárias passaram a encaminhar seus votos. O representante do Partido Progressista do Brasil (PPB), Deputado Arnaldo Faria de Sá, votou a favor do substitutivo e da supressão do artigo 4º. Em seu discurso trouxe a preocupação com os familiares de doentes mentais alegando que o projeto inicial traria

---

<sup>34</sup> O texto final do substitutivo encontra-se em anexo.

<sup>35</sup> Deputado, representante do PSDB de Minas Gerais, foi presidente do INAMPS nos anos de 1992 e 1993 e presidente da FHEMIG em 2003. Participou da discussão do Projeto 3.657 em 1990.

<sup>36</sup> Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

certa insegurança para as mesmas por não poderem contar com as internações em casos de crise. Foi apontada também a necessidade de o Ministério da Saúde oferecer as medicações necessárias ao tratamento para que os pacientes pudessem ser reintegrados ao convívio familiar.

O Deputado Ivan Paixão, representante do PPS, também foi a favor da aprovação do substitutivo com a supressão do artigo 4º, uma vez que ele perpetuaria os investimentos públicos na construção de hospitais psiquiátricos e manicômios.

O PT, através do Deputado Marcos Rolim, considerou que houve retrocesso quanto a proposta inicial, porém, admitiu um avanço em termos de garantia de direitos sendo a favor da aprovação do substitutivo bem como da supressão do artigo 4º.

Fernando Coruja, do bloco PDT, foi favorável à supressão do artigo 4º a fim de fortalecer a ideia de que o paciente psiquiátrico fosse, quando necessário, internado em hospital geral; a supressão do artigo 5º<sup>37</sup> considerando que o mesmo transmitia a ideia de continuidade do modelo vigente na época e do §1º do artigo 10<sup>38</sup> que poderia criar para o Ministério Público funções consideradas inconstitucionais.

O PMDB, através do Deputado Damião Feliciano, votou pela aprovação do substitutivo na íntegra, apontando a necessidade de novos manicômios onde não houvesse assistência psiquiátrica.

Em seu discurso, o Deputado Salomão Gurgel do PPS, argumentou sobre a necessidade de suprimir o parágrafo §1º do artigo 10 que apontava que o Ministério Público deveria fiscalizar a internação involuntária. Para o Deputado, o cuidado ao paciente psiquiátrico era uma questão exclusivamente médica, sendo a classe, já fiscalizada pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), portanto, manter o parágrafo acima seria criminalizar o ato médico.

Após discussão o artigo 4º é suprimido, com voto contrário apenas do PPS, ficando ainda o §1º do artigo 10 para apreciação. O autor do projeto, Deputado Paulo Delgado, argumentou que não se poderia suprimir o parágrafo referente ao artigo acima uma vez que seria necessária a intervenção de uma instância não médica para emissão de pareceres quanto a internações involuntárias haja vista a recorrência de internações por questões que

---

<sup>37</sup> Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

<sup>38</sup> § 1º O Ministério Público, *ex-officio*, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

fugiam à psiquiatria. Porém, ao final da discussão, o §1º do artigo 10 foi realmente suprimido com voto contrário apenas dos partidos PT, PSB/PCdoB<sup>39</sup> e PL/PSL<sup>40</sup>.

Nove dias após tal discussão e quase 12 anos após a apresentação do projeto original da Câmara dos Deputados, em 06 de abril de 2001, o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### **5.3 Apoio e rejeição: o debate entre os grupos de atores envolvidos na tramitação do Projeto 3.657**

Após apresentação na Câmara dos Deputados, a tramitação do Projeto de Lei 3.657, apresentada acima, perdurou quase 12 anos. Ao longo desse período, marcado por avanços e retrocessos até a consolidação e aprovação do texto final, que deu origem à Lei 10.216, foi possível identificar as diferentes posições assumidas pelos atores sociais envolvidos com o tema apresentado pelo projeto.

Entre estes atores destacam-se: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), posteriormente denominado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que constituía posição favorável à Reforma Psiquiátrica bem como ao Projeto; a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), articulada à Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) que se posicionavam contrários ao projeto; e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que inicialmente teve um movimento de contestação, porém com o avanço do debate, posicionou-se favoravelmente ao projeto.

#### **5.3.1 O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: luta por direitos e cidadania**

*Logo que o projeto começou a tramitar, imediatamente se organizou uma posição favorável, de apoio. Os Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, que formavam o movimento da Reforma Psiquiátrica, começaram a construir os seus apoios e a ampliação desse apoio (Pedro Gabriel).*

No final da década de 1970, no contexto de abertura política e redemocratização do país, surgiram as primeiras manifestações no setor da saúde, principalmente através da

---

<sup>39</sup> Partido Socialista Brasileiro e Partido Comunista do Brasil.

<sup>40</sup> Partido Liberal e Partido Social Liberal.

constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME). Caracterizados enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área da saúde, a constituição destes setores permitiu o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que por meio de denúncias e acusações ao governo militar questionava a assistência psiquiátrica brasileira (Amarante, 2001).

Em 1978, a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria propiciou uma discussão política que não se limitou ao campo da saúde mental, estendendo-se sobre o regime político nacional. Nesse processo, é importante destacar a vinda, ao Brasil, de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. Em 1979, ocorreu, em São Paulo, o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e, em Belo Horizonte, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que, alinhado às perspectivas do MTSM, propôs a realização de trabalhos de assistência psiquiátrica alternativos (Amarante, 2001).

Em 1987, destacaram-se dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, São Paulo. Esse evento registra a presença de associações de usuários e familiares, como a *Loucos pela Vida*, de São Paulo e a *Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho* (SOSINTRA), do Rio de Janeiro (Amarante, 2001).

Tendo em vista a significativa aproximação dos usuários e dos familiares, neste evento, é elaborada uma carta, denominada *Manifesto de Bauru* que, segundo Silva (2003), constituiu-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial, marcando a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento.

Com a participação de novas associações, o movimento se tornou mais amplo atingindo outros setores da sociedade e não apenas trabalhadores. Esse momento marcou uma renovação teórica e política do MTSM, retratando um distanciamento do Estado e a aproximação das entidades de usuários e familiares. Concretiza-se, assim, o Movimento da Luta Antimanicomial, incorporando o lema *Por uma sociedade sem manicômios*. No ano de 1993, em Salvador, Bahia, aconteceu o primeiro encontro do Movimento, que passou a ser denominado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (Amarante, 2001).

*Movimento* – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; *Nacional* – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; *Luta* – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; *Antimanicomial* – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (Lobosque, 2001, p. 102).

O principal objetivo do movimento social em saúde mental voltava-se para a criação de mecanismos que garantissem os direitos e cidadania dos doentes mentais. O movimento social organizado em torno da luta antimanicomial tinha a discussão da questão legislativa como um dos pontos privilegiados, o que pode ser observado nos relatórios dos Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial realizados no período de debate do Projeto 3.657 no Congresso Nacional (Pereira, 2004).

No II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Belo Horizonte em 1995, a proposta foi a discussão acerca da diferenciação entre assistência e mudança social. O relatório apresentava entre as prioridades temáticas: *Não atrelamento de nossas discussões à questão assistencial, ampliando-se sempre no horizonte da cidadania* (MNLA, 1997, p.170).

O III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em 1997 na cidade de Porto Alegre, a questão do direito e da legislação em saúde mental. Intitulado *Legislação e Cidadania: a construção do sujeito*, o relatório traz a importância dada a questão. O IV Encontro, realizado em Paripueira, Alagoas, no ano de 1999, também enfocou a temática. Nas deliberações da plenária final afirmou-se que o Projeto do Deputado Paulo Delgado representava os ideais do Movimento da Luta Antimanicomial. Neste documento, o Movimento declarava seu apoio ao substitutivo do Senador Sebastião Rocha (PDT), sendo sugeridas modificações para resgatar aspectos essenciais do projeto original. Foram elaboradas estratégias de luta pelo Projeto, entendido como mais próximo aos objetivos do movimento. Essas estratégias envolviam mobilização junto à sociedade e aos parlamentares e organização do movimento (MNLA, 1999).

A aprovação da lei era um ponto fundamental para o processo de luta por uma sociedade sem manicômios, mas poderia se tornar um risco para as bases do movimento visto que, por muitos anos, a luta pela aprovação da lei havia sido um ponto fundamental na mobilização dos grupos, a sensação de dever cumprido poderia abrandar a intensidade da mesma (Pereira, 2004).



No ano de 2001, em Miguel Pereira, Rio de Janeiro, foi realizado o V Encontro e Lobosque (2003) aponta o surgimento dos primeiros problemas: a escolha dos participantes para compor a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, que ocorria em cada Encontro, tornou-se um foco de conflitos; as plenárias semestrais foram esvaziando-se; *o crescimento numérico dos participantes tornava-se inversamente proporcional à sua preparação e formação política* (p. 21), havendo uma estagnação das propostas e empobrecimento dos debates. Por fim, o Encontro terminou sem que se realizassem as definições de praxe: a deliberação da composição da Secretaria Executiva Nacional e os representantes para a Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Devido à inconclusão do Encontro, houve duas plenárias nacionais nas quais ocorreram rupturas entre algumas lideranças do Movimento o que levou à configuração de outra forma organizativa do mesmo.

No ano de 2005, em São Paulo, ocorreu o VI Encontro, cujo tema era “Autonomia do Movimento: fortalecendo ideais, revendo práticas”. O VII Encontro aconteceu em Vitória, no Espírito Santo, no ano de 2007. O VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: *Reforma Psiquiátrica: a revolução na comunidade! É hora de afirmar*, ocorreu em São Bernardo do Campo, São Paulo, no ano de 2009. O IX Encontro que teve como tema *A luta antimanicomial e a intersectorialidade* aconteceu em novembro de 2011, em Angra dos Reis, Rio de Janeiro.

Atualmente, o Movimento tem núcleos em todos os estados do país. Cabe salientar que esses núcleos são autônomos, sem hierarquia. O Movimento conta também com uma Secretaria Nacional Colegiada encarregada da articulação nacional e de projetos diversos, sendo que a cada dois anos são realizados encontros nacionais com o objetivo de reunir todos os militantes da área a fim de deliberar acerca dos princípios e ações do Movimento<sup>41</sup>.

O X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial aconteceu nos dias 29, 30, 31 de maio e 1º de junho de 2014, na cidade de Niterói com o tema “Os Encarceramentos e Restrições da Liberdade na Atualidade: Desafios para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”.

### 5.3.2 A Associação de Familiares de Doentes Mentais: o temor pela desassistência

---

<sup>41</sup> <http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/>

*A AFDM (...) se definia publicamente como ligada aos hospitais psiquiátricos, fazia suas reuniões na Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro. Na Bahia fazia as reuniões em uma das três casas de saúde que pertenciam ao presidente da Federação Brasileira de Hospitais e, em Recife, também fazia suas reuniões num dos hospitais psiquiátricos privados. Era uma ligação conhecida e reconhecida pelos próprios familiares (...)* (Pedro Gabriel).

A Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) surgiu em maio de 1991, no Rio de Janeiro. Foi uma iniciativa mobilizada pela preocupação com os efeitos da aprovação do Projeto de Lei 3.657 de autoria do Paulo Delgado, em 1989. Como o projeto propunha a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição gradativa por recursos territoriais e assistenciais extra-hospitalares, os familiares temiam que os doentes fossem deixados à própria sorte.

De Associação de Amigos e Familiares de Doentes Mentais, a associação passou a chamar-se Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil. Souza (1999) considera que esta mudança constitui um indicador de estratégia de ampliação do leque de adesão, possibilitando a incorporação de parceiros de diversas áreas do corpo social, aumentando a visibilidade da associação.

O ideário da entidade era explicitamente contrário à aprovação do Projeto 3.657 e suscitou numerosas intervenções de seus membros em diversos eventos promovidos no campo da saúde mental. Nesses espaços podia-se observar relatos de membros da associação acerca do sofrimento e das dificuldades pelas quais passam os familiares dos doentes mentais bem como o quanto era indispensável a existência dos hospitais psiquiátricos que aliviariam a sobrecarga dos familiares e garantiriam cuidados necessários (Pereira, 2004).

Em artigo de 1996, assinado pelo presidente da AFDM, pode-se observar a crítica ao caráter ideológico e não científico das propostas de Reforma Psiquiátrica. Crítica compartilhada pelos setores conservadores da psiquiatria.

A política que vem sendo conduzida pelo Ministério da Saúde, por proposta da sua Coordenação de Saúde Mental, é, no mínimo, um desastre. Por conta dessa política, repudiada pela esmagadora maioria dos psiquiatras-cientistas do Brasil, instalou-se o caos, uma vez que não é baseada em dados científicos (...). Fundamentada em princípios ideológicos, essa política, segundo seus autores, luta contra a 'lógica da exclusão', baseada na internação hospitalar. Por conta disso, o que estamos assistindo é a implantação da 'lógica da desassistência',

com a liquidação da assistência pública (Macedo, 1996 como citado em Pereira 2004, pp. 172-173).

A pressão desse grupo de familiares refletiu em alguns discursos de parlamentares, principalmente no Senado Federal. Algumas estratégias adotadas pela Associação incluíam o envio de cartas aos senadores demonstrando as dificuldades a serem enfrentadas pelos familiares diante do fechamento dos hospitais (Pereira, 2004).

Após a sua apresentação na Câmara de Deputados o projeto ficou um longo tempo em tramitação. O projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados em dezembro de 1990, chegando à Comissão de Assuntos Sociais do Senado em abril de 1991. Nesta Comissão acabou sofrendo uma série de *lobbies* de donos de clínicas privadas, de profissionais contrários aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e de alguns familiares, representados pela AFDM (Souza, 1999, p. 133).

Para Pereira (2004), o que diferenciava esta das demais associações de familiares era o fato de que ela via na internação psiquiátrica a única maneira de tratamento para o doente mental. Em entrevista publicada em 1996, realizada como uma senhora, mãe de quatro filhos com transtorno mental, é possível observar claramente esta posição dos familiares acerca do hospital psiquiátrico:

Meu pavor maior é saber que um dia meus filhos possam ficar na rua depois que eu morrer. É por isso que eu luto para que os hospitais não fechem. Sem remédio, sem alguém que cuide deles, não terão condições de gerenciar suas vidas. E o Estado, se a gente paga os impostos, ao menos isso tem que dar: dignidade para o doente mental (Zaramella, 1996 como citado em Pereira, 2004, p. 173-174).

Impossível não associar tal perspectiva da AFDM a pressão e fortalecimento do discurso de desassistência, propagados pelos empresários de clínicas psiquiátricas particulares ligadas a FBH, mediante a hipótese de que o Projeto 3.657 iria impedir as internações psiquiátricas consequentemente prejudicando o negócio lucrativo de contratação de leitos, pelo setor público, em tais instituições privadas.

### 5.3.3 A Federação Brasileira de Hospitais: a restrição de mercado

*A Federação se organizou, organizou seus parlamentares para contestar o projeto e propôs, primeiro, a sua derrubada na discussão de mérito (...) (Pedro Gabriel).*

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) se define como uma entidade associativa, sem fins lucrativos, que representa o setor hospitalar brasileiro. Atualmente, é composta por 6.784 hospitais sendo que 2.916 destes prestam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>42</sup>.

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, da tramitação do Projeto de Lei 3.657 até a aprovação da Lei 10.216, a FBH se configurou como um ator importante, organizando suas ações voltadas para a oposição ao projeto apresentado. Segundo Pereira (2004), este grupo poderia ser considerado o mais bem articulado e organizado, principalmente no que diz respeito à pressão exercida junto ao Congresso Nacional, haja vista sua aparição já na discussão na Câmara dos Deputados. Nesta Casa, uma das condições para o acordo de lideranças que possibilitou a aprovação do Projeto 3.657 foi justamente a garantia de inserção dessa entidade na discussão que se seguiria. A entidade integrou o grupo composto para a discussão final do Substitutivo do Senador Sebastião Rocha (PDT) e garantiu a inclusão de suas propostas na redação final do texto aprovado no Senado Federal.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, aprofundaram-se as críticas ao modelo hegemônico, formalizando-se um esboço do novo modelo assistencial. Nesse sentido, a FBH apresentou sua proposta para a constituição do que deveria ser um programa de atenção à saúde mental, já elaborada em 1991. Suas críticas à Reforma Psiquiátrica giravam, principalmente, em torno da redução do número de leitos psiquiátricos e a internação dos pacientes em hospitais gerais:

1 – o arranjo arquitetônico de um ambiente propício ao tratamento do doente mental é bem diverso da exigüidade natural das enfermarias de um Hospital Geral;

2 – a rejeição, pelos pacientes clínicos ou cirúrgicos, seus familiares e de todo o corpo clínico administrativo do Hospital Geral, face aos receios e incômodos causados pelo doente mental, obrigando o psiquiatra a usar uma carga bem maior de fármacos, reeditando-se, à guisa de contenção medicamentosa, o uso intensivo de drogas, tão condenado por todos nós, além da possibilidade de práticas de ocupação terapêutica (Ministério da Saúde, 1992, p. 69).

Nesse sentido, a Federação defendia a existência do hospital psiquiátrico como exigência médica e social enquanto a ciência não dispusesse de meios para interromper a eclosão da doença mental. A instituição argumentava que a dissolução dos hospitais de

---

<sup>42</sup> <http://fbh.com.br/home-institucional/fbh/>

atendimento psiquiátrico causaria verdadeiro caos no tratamento dos pacientes, além de afetar economicamente as instituições (Ministério da Saúde, 1992).

Contudo, para que o programa proposto pela FBH fosse efetivado, havia a necessidade de recursos adicionais. Os executivos das instâncias federal, estadual e municipal, juntamente com o Congresso Nacional, deveriam ter a disposição política para definir disponibilidades orçamentárias adequadas para essa reformulação (Ministério da Saúde, 1992).

Assim, pode-se perceber a presença de um dos argumentos mais frequentes na justificção do mau funcionamento e baixa qualidade da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos: insuficiência da remuneração pública destinada aos serviços privados. Interessante apontar que o mesmo argumento é encontrado na página oficial da entidade, na qual é possível identificar que o principal objetivo da instituição é lutar pela atenuação da crise financeira que atinge uma parcela significativa dos hospitais particulares conveniados ao SUS. Para tal, a proposta do Presidente da Federação, Luiz Aramicy Pinto, é fortalecer a posição da entidade frente às negociações das redes particulares de saúde com o poder público. A intenção é promover um plano para recuperação dos hospitais privados através do aumento do repasse de verbas às unidades vinculadas ao SUS<sup>43</sup>.

#### 5.3.4 A Associação Brasileira de Psiquiatria: a necessidade de técnica médica

*(...) a ABP teve movimentos diferentes, ela apoiou o projeto depois. Tanto que até hoje a ABP, que é adversária da Reforma - a direção da ABP se apresenta como adversária da Reforma - se diz favorável à lei: favorável à lei, mas contra a Reforma. Então a ABP é um ator cuja participação passou por mudanças. Ao final do processo de tramitação, a ABP estava apoiando o projeto de lei (Pedro Gabriel).*

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) é uma entidade sem fins lucrativos que representa os psiquiatras de todo o país. Atualmente reúne 5.500 associados<sup>44</sup>. No contexto de discussão e tramitação do Projeto de Lei 3.657, há registros de que a Associação se posicionou de maneiras distintas ao longo desse processo.

---

<sup>43</sup> <http://fbh.com.br/home-institucional/fbh/>

<sup>44</sup> <http://www.abp.org.br/portal/>

Em publicação da Revista Brasileira de Psiquiatria é possível encontrar, sob o título *A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil*, a posição da Associação frente à discussão do substitutivo do Projeto de Lei 3.657. O texto foi publicado em 2001, por Jorge e França, e apresentado em audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, em outubro de 2000.

Quando da apresentação do Projeto de Lei pelo deputado Paulo Delgado em 1989, a Associação Brasileira de Psiquiatria participava de um grupo de trabalho da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde que discutia a modernização da legislação psiquiátrica no país. Essa associação considerou que o projeto de lei apresentado correspondia em linhas gerais aos seus anseios, tendo aprovado uma moção de apoio ao mesmo em congresso realizado em São Paulo ainda naquele ano. Posteriormente, a ABP veio a participar ativamente das discussões que o mesmo suscitou em diversos níveis, inclusive no Senado Federal (onde compareceram Ullysses Vianna Filho e Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, dois ex-presidentes da associação). Naquela ocasião, por esses dois lídimos representantes, a Associação Brasileira de Psiquiatria mais uma vez manifestou opinião favorável ao projeto de lei, embora criticasse a proposição de “extinção progressiva dos manicômios”, se esse termo estivesse ali como sinônimo de hospital psiquiátrico (Jorge & França, 2001, s/p).

Outras publicações que também serviam como embasamento para os discursos dos grupos contrários à aprovação do Projeto 3.657 eram em sua maioria de autoria do professor Valentim Gentil Filho, da Faculdade de Medicina da USP. O mesmo defendia a manutenção do hospital psiquiátrico e a caracterização da internação psiquiátrica como um ato exclusivamente técnico, de âmbito médico<sup>45</sup>.

Nesse sentido, a posição da Associação foi de apoio ao projeto, desde que os hospitais psiquiátricos de qualidade fossem mantidos. Tendo em vista que, à época, os serviços assistenciais extra-hospitalares eram incipientes, a entidade afirmava que fechar as portas dos hospitais sem antes criar locais de atendimento adequado se configurava como violação do direito de acesso dos pacientes ao melhor tratamento disponível.

Segundo Firmino (1982), outro fator que também pode ter contribuído para a posição favorável da Associação diante da discussão do Projeto 3.657 se refere às ações políticas da mesma na defesa de médicos que haviam sido presos e torturados no período ditatorial, mobilizando discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país. Apelos para que *ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante ou arbitrariamente preso*,

---

<sup>45</sup> Gentil Filho, 1999a, 1999b, 2001.

*detido ou exilado* foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios (p. 35).

Contudo, em diversas publicações encontradas na página oficial da ABP<sup>46</sup> é possível verificar as críticas da Associação voltadas ao modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde. Na publicação intitulada: *Equívocos da "reforma psiquiátrica" segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)*, datada de julho de 2010, o presidente da entidade à época, João Alberto Carvalho, comenta que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada do dia 27 de junho a 01 de julho de 2010, em Brasília, serviu como palco para que o governo e os grupos interessados propagassem um suposto sucesso da Reforma Psiquiátrica. Para o então presidente, a Reforma, com o pretexto de humanizar o atendimento ao doente mental, produziu desassistência, sucateou um sistema de atendimento médico para privilegiar a assistência comunitária oferecida pelos CAPS. Carvalho argumenta que estes serviços não oferecem estrutura para atender todos os quadros de doença mental, sendo que o maior equívoco da Reforma é acreditar que um leito no CAPS substitua outro em hospital geral ou mesmo em hospital especializado<sup>47</sup>.

Para Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação em 2014, *até mesmo a terminologia reforma psiquiátrica está equivocada, pois não se baseia em ciência, mas em uma ideologia. Ninguém reforma uma especialidade médica (s/p)*. Segundo Silva, a Reforma, no Brasil, acabou com o atendimento hospitalar do doente mental, remanejando-os para as ruas e prisões, resultando em moradores de rua doentes mentais e doentes na cadeia. Transformando presídios em manicômios, o presidente acredita que o modelo atual é tão falido quanto o hospitalocêntrico<sup>48</sup>.

#### **5.4 As transformações do estatuto jurídico da loucura: do Decreto de n. 24.557 de 1934 à Lei n. 10.216 de 2001**

Esta seção destina-se a tratar as transformações jurídicas relacionadas à loucura, tomando como base o Decreto de 1934 e a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. Para tanto, serão trabalhados os principais conceitos que fundamentam a relação entre a

---

<sup>46</sup> [abp.org.br](http://abp.org.br)

<sup>47</sup> <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12086>

<sup>48</sup> <http://fbh.com.br/2012/01/09/o-longo-caminho-da-reforma-psiquiatica/>

Psiquiatria e o Direito. A periculosidade e inimputabilidade presentes no Código Penal e a incapacidade e interdição presentes no Código Civil.

#### 5.4.1 Os loucos de todo o gênero: a Escola Clássica do Direito Penal

As bases da doutrina clássica do direito penal, estabelecidas por Beccaria, em 1767, se firmavam em três pressupostos: *igualdade dos homens perante a lei; pena como função da gravidade do delito; e condicionamento do crime à sua definição legal*. No Código Criminal do Império do Brasil, de 1830, a caracterização de um ato como delituoso se dava de maneira independente dos atributos pessoais de quem o praticava. Dessa forma, além do pressuposto da igualdade e do caráter retributivo da pena, a escola clássica se fundamentava nas noções de livre-arbítrio e de responsabilidade (Peres & Nery Filho, 2002, p. 336).

Assim, a loucura, como motivação do crime, colocava em questão os pilares da doutrina clássica do direito: *Art. 10: (...) não se julgarão criminosos: (...) Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime*. Cabe salientar que as paixões ainda não compunham a teoria sobre a loucura, e não existiam especialistas para reconhecimento dos ‘loucos de todo o gênero’. Aqueles que cometessem algum delito eram destinados às cadeias e hospitais da Santa Casa ou retornavam para suas famílias, conforme julgamento do juiz (Peres & Nery Filho, 2002, p. 337).

Em 1886, Teixeira Brandão criticou o Código Criminal do Império, considerando suas disposições parciais e imperfeitas. Segundo o alienista, o Código contemplava apenas o ato criminoso do alienado e deixava de lado a população louca que não havia cometido crime, além disso, não contava com a figura do perito para avaliar o estado mental do autor do delito, o que dava ao juiz um poder excessivo. Assim, Teixeira Brandão lutava pela construção do manicômio criminal e pela regulamentação da psiquiatria como especialidade médica (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978).

Em 1890, o Código Criminal do Império foi substituído pelo Código Penal da República trazendo mudanças significativas para o estatuto jurídico da loucura. O documento buscou limitar a interpretação da expressão ‘loucos de todo gênero’, criticada por ser muito ampla. Seu artigo 27 estabelecia que: *Não são criminosos: (...) os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; e (...) os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime*. Dessa forma, o código abarcava, além dos ‘loucos



de todo gênero', os casos de sonambulismo, epilepsia, delírio febril, hipnose e embriaguez completa gerando efeito contrário à ideia inicial. Ao invés de limitar a expressão anterior, o novo Código gerou o efeito oposto: ampliou a noção de loucura e aumentou entrada dos peritos psiquiátricos nos tribunais (Peres & Nery Filho, 2002, p.338).

Seu artigo 29 estabelecia que os indivíduos isentos de culpabilidade decorrente de afecção mental deveriam ser entregues às suas famílias, ou recolhidos nos hospitais de alienados caso seu estado mental o exigisse. Na visão de muitos médicos, a ida dos criminosos para o hospício poderia ameaçar o caráter terapêutico do mesmo, enfraquecendo a psiquiatria enquanto especialidade médica. Nesse sentido passou-se a estabelecer a periculosidade como fundamento da internação (Peres & Nery Filho, 2002).

#### 5.4.2 Periculosidade e inimputabilidade: a Escola Positiva do Direito Penal

A ideia de periculosidade criminal nasceu no final do século XIX no bojo da Escola Positiva do Direito e tornou-se um conceito chave do Direito Penal moderno. Ao contrário do Direito Clássico, que se detinha na gravidade do delito e sua punição, o Direito Positivo considera o delito como um sintoma da personalidade anormal, voltando-se para o tratamento e a prevenção de novos delitos (Marchewka, 2003).

Cesare Lombroso (1835-1909) foi um dos principais pensadores da doutrina positiva do Direito Penal. Médico forense e alienista, Lombroso realizou uma série de estudos e observações de pacientes, especialmente, de caráter antropométrico. Seu interesse voltou-se para as imperfeições hereditárias e congênitas, que observava frequentemente em loucos e delinquentes, ratificando a ideia do traço biológico na relação entre a degeneração e os instintos perversos e destrutivos (Osório, 2006).

A introdução, na psiquiatria, da teoria da degenerescência de Morel, marca a passagem da semiologia da doença mental para sua etiologia. Essa transformação permite à medicina mental contar com respaldo científico, se distanciando cada vez mais da medicina generalista. Para Morel,

(...) as degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente. Elas podem ter diversas causas (...) intoxicações diversas, influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas... Mas, uma vez que a doença se instala, ela segue seu curso e se transmite aos descendentes até a extinção da linhagem (Castel, 1978, p. 259).

Assim, a teoria moreliana sobre a degenerescência repousava sobre a concepção de que a herança que se transmitia através das gerações não era restrita ao plano biológico, mas incluía também as dimensões morais e de comportamentos. Para Morel, estavam entre as causas para a degenerescência: o abuso de álcool, a alimentação deficiente, o meio social miserável, os costumes imorais, a conduta sexual desregrada, as doenças da infância, bem como a herança de uma carga de degenerescência (Pereira, 2008).

O sucesso da degeneração e sua presença decisiva nas argumentações psiquiátrico-forenses deveu-se, entre outros, ao fato de ela fornecer uma explicação etiológica capaz de englobar tanto as doenças orgânicas como os distúrbios morais.

Estabelece para o alienista uma nova semiologia, dos estigmas, capaz de ver fatos morais e marcas físicas os sinais da anomalia constitucional. Dá cientificidade às concepções que vinculavam condutas condenáveis a afecções constitucionais. Assume lugar de vanguarda no debate sobre a hereditariedade da loucura. E, principalmente, permite o trânsito fácil e eficiente de valores e categorias do corpo e da alma, da fisiologia e do comportamento, na clínica e nosologia da alienação. (...) No discurso sobre o crime e o louco infrator, o uso recorrente do conceito auxilia no deslizamento do patológico para o normal, possibilitando a eficácia da argumentação psiquiátrica sobre a periculosidade (Delgado, 1992, p. 81).

Aderindo às orientações teóricas da degenerescência de Morel e às propostas da antropologia criminal, fundada por Lombroso, a psiquiatria ampliou as fronteiras da anormalidade passando a atuar como instância de controle social (Engel, 1999).

No Brasil, o conceito jurídico de periculosidade começou a ser utilizado no Código Penal de 1940 a partir do sistema do duplo binário, caracterizado pela presença de duas reações penais de naturezas diversas voltadas para os imputáveis: a pena e a medida de segurança. A primeira deveria ser aplicada conforme o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade do ato cometido; a segunda se calcava principalmente na avaliação do grau de periculosidade do acusado. Caracterizando-se pelo caráter preventivo, a medida de segurança tinha dupla finalidade: a defesa social, segregando aqueles considerados perigosos; e o tratamento com objetivo de anular a periculosidade desses indivíduos (Marchewka, 2003).

O Manicômio Judiciário (“Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”) é a instituição concreta destinada ao cumprimento da medida de segurança, e baseada no conceito de periculosidade do doente mental infrator. Embora a legislação obrigue a realização de exames psiquiátrico, criminológico e “de personalidade” regularmente (...), eles são absolutamente assistemáticos, quase excepcionais, no cotidiano dos Manicômios Judiciários (Delgado, 1992, p. 90).

Na prática penal e penitenciária, o conceito de periculosidade fica restrito aos inimputáveis<sup>49</sup>. Assumindo um caráter genérico, associado exclusivamente a transtornos psicopatológicos, o conceito torna-se exclusivamente apreciável pela psiquiatria, pois, sempre que houver dúvida sobre a capacidade de imputação jurídica de um acusado, o juiz deverá nomear um perito para realização de avaliação e conseqüente elaboração de laudo pericial. Tal exame tem como objetivo verificar o grau de entendimento ético-jurídico e autodeterminação do agente à época do fato, indicando a capacidade e o grau de imputação do ato que praticou (Osório, 2006).

O Código Penal de 1940 previa três causas de inimputabilidade: doença mental; desenvolvimento mental incompleto ou retardado; menoridade, presumindo o desenvolvimento mental incompleto no menor de 18; e a embriaguez fortuita completa. Nesse sentido, o texto legal atrelava o sistema biológico ao sistema psicológico, necessitando de um exame pericial a fim de confirmar a existência da base biológica da doença mental. Se a base biológica da doença for inexistente, mesmo que no momento do delito o sujeito se encontre privado da capacidade de discernimento, ele será tido por imputável (Delgado, 1992).

Pelo Direito Penal o sujeito se liga ao fato criminoso por meio do dolo e da culpa que são formas de culpabilidade. Esta é definida a partir de três requisitos: a imputabilidade, a possibilidade de conhecimento da ilicitude do fato e a exigibilidade de conduta diversa. A pena pelo delito pode ser atenuada e reduzida de um terço a dois terços caso o sujeito, em razão de perturbação mental, não seja capaz de compreender a ilicitude do fato. Nesse caso, trata-se da semi-imputabilidade, na qual o sujeito é imputável e a doença mental serve como atenuante. Esse dispositivo administrativo se aplica aos psicopatas, podendo estes ser submetidos à pena ou medida de segurança (Delgado, 1992).

Cabe salientar que a pena criminal existe em todo sistema jurídico, sendo a medida de segurança adotada como sanção alternativa, geralmente, aplicável aos inimputáveis. Em regra, é reservada aos inimputáveis por doença mental que venham a cometer uma infração penal. Ao final do processo se o juiz considerar que o agente, no momento do crime, era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato cometido, declara-o inimputável decretando a absolvição e, em conseqüência, aplica-lhe a medida de segurança. Nesse sentido, segundo o critério adotado, o inimputável por doença mental é

---

<sup>49</sup> Chama-se imputabilidade a capacidade de culpabilidade, ou seja, o sujeito imputável é aquele capaz de compreender a exata representação de sua conduta e agir com plena liberdade de entendimento e vontade. Aquele que for totalmente incapaz de entender e de se autodeterminar vai à inimputabilidade (Osório, 2006).

presumidamente perigoso e, pela aplicação da medida de segurança, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é obrigatória. Caso o crime seja punível com pena de detenção, a medida de segurança poderá ser tratamento ambulatorial (Marchewka, 2003).

A medida de segurança tem caráter preventivo, cuja finalidade é proteger a sociedade dos inimputáveis perigosos tratando-os até a cessação de sua periculosidade. A revisão do Código Penal de 1940, realizada em 1984, extingue a periculosidade presumida e a consequente medida de segurança para os imputáveis. Embora a periculosidade presumida dos inimputáveis não esteja explícita na revisão de 1984, estes deverão submeter-se a medida de segurança, que será suspensa, apenas, mediante a realização do Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade realizado pelo perito. Como se pode observar na legislação brasileira o fundamento para a aplicação de medida de segurança detentiva é mais severo do que a pena privativa de liberdade, visto que não existe, na Lei n. 7210 de 1984 (Lei de Execução Penal), nenhum dispositivo que possibilite a liberação do doente mental de forma progressiva, assim como na pena privativa de liberdade (Marchewka, 2003).

Dessa forma, a medida de segurança inaugura, no campo do direito penal, a possibilidade de atuação frente à loucura. Atuação esta travestida de tratamento, visto que a mesma não se constitui como pena, e sim como tratamento. No entanto a aplicação da medida de segurança é ainda mais aflitiva, pois tem caráter indeterminado. Ou seja, quando o sujeito for considerado perigoso para o convívio social, não será estabelecido um tempo de reclusão, sua internação se processará até que seja cessada sua periculosidade. Importante salientar que em muitos casos esse procedimento configura-se como uma condenação de prisão perpétua (Peres & Nery Filho, 2002).

#### 5.4.3 Entre a incapacidade civil e a conquista de direitos: o processo de interdição e tutela

Com o intuito de dar continuidade à discussão acerca das modificações no estatuto jurídico da loucura, do Decreto de 24.559 de 1934 para a Lei 10.216 de 2001, é essencial discorrermos acerca do conceito de incapacidade civil. Conceito este fundamental para a questão da aquisição dos direitos de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico no processo de Reforma Psiquiátrica.

O Código Civil de 1916 definia a incapacidade em seu artigo 5º:

Art. 5º São absolutamente incapazes de exercerem pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 anos;

II – os loucos de todo o gênero;

III – os surdos-mudos, que não puderem eximir a sua vontade;

IV – os ausentes, declarados taes por acto do juiz.

Como apontado anteriormente, a expressão ‘loucos de todo o gênero’ estava presente nas leis civis do Império sendo mantida na legislação até o ano de 2002<sup>50</sup>. A expressão sofreu várias críticas de psiquiatras e legistas no intuito de torná-la mais técnica ou científica. Na década de 1920, a Sociedade de Neurologia Psiquiátrica e Higiene Mental propôs que a legislação utilizasse a expressão *alienados e deficientes mentais* (p. 125). Os primeiros deveriam ser interditados e os últimos receberiam um novo estatuto legal: a *inabilitação*, privação parcial da capacidade civil. Na década de 1930, a substituição da expressão *loucos de todo o gênero* por *psicopatas*, contida nas disposições do Decreto de 1934, revela novamente a presença da ideia da incapacidade relativa de alguns gêneros de loucos (Delgado, 1992).

A incapacidade é instituída por meio de processo legal de interdição. O pedido deve ser formulado pela pessoa interessada que irá especificar os atos que descrevem a incapacidade psíquica do interditando para reger sua vida e bens. Após solicitação o interditando é interrogado pelo juiz que nomeará perito médico para realização de exame. Com a apresentação do laudo e a interdição decretada, o juiz nomeará curador que deverá reger a pessoa e os bens do interditando. Curioso salientar que o próprio interditando pode requerer a suspensão da interdição. Nesse sentido não se trataria da recuperação da capacidade de negociação do louco, mas sim da correção de um erro visto que o louco é invariavelmente incapaz.

O meio legal de prover a incapacidade absoluta é a tutela, através do processo de interdição. Nesse processo, no qual deveria ser avaliada a incapacidade, observa-se que os laudos limitam-se a atestar o diagnóstico sendo a incapacidade uma consequência quase automática da doença. Nesse sentido, o laudo é a peça chave do processo. Mesmo tendo

---

<sup>50</sup> No Código Civil de 2002 a incapacidade é definida no artigo 3º: Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I - os menores de dezesseis anos; II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)).

concepções diversas acerca do processo, médicos e juízes concordam que o mesmo se configura como um processo meramente administrativo e tem por função primordial proteger o incapaz (Delgado, 1992). Entra em cena novamente o ideário da prevenção, protege-se o incapaz da sociedade bem como a sociedade do incapaz.

### 5.5 O Decreto de 1934: reflexo de um Estado conservador de direitos

*(...) o decreto de 34 é baseado na defesa social, é um imenso dispositivo que determina a internação, que permite, por exemplo, a cidadãos comuns determinarem a internação, faz com que a polícia interne, determina que o paciente depois de 90 dias de internação perca seus direitos civis, automaticamente: há uma interdição civil automática (...)* (Pedro Gabriel).

O Decreto 24.559 de 1934 reconfigurou a esfera legislativa psiquiátrica no Brasil. Publicado no Governo Provisório de Getúlio Vargas, regime ditatorial autoritário, é fruto de um contexto de suspensão de garantia de direitos individuais no qual cabia ao Governo as funções e atribuições do legislativo e executivo (Pereira, 2004).

Composto por trinta e quatro artigos, o documento sela a cooperação entre a justiça e a psiquiatria, tratamento e proteção legal. *Atribui ao cuidado do psicopata o duplo estatuto de um ato médico e jurídico* (Delgado, 1992, p. 210).

Já no artigo 1º é possível identificar o caráter fortemente prevencionista do documento. Cabe salientar que as noções de profilaxia das perturbações mentais e de higiene mental já estavam presentes na organização dos aparatos legislativos da década de 1920<sup>51</sup>.

Art. 1º A assistência a psicopatas e profilaxia mental terá por fim: a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) concorrer pra a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (Decreto n. 24.559, 1934).

---

<sup>51</sup> Decreto nº 5148A de 10 de janeiro de 1927. (1927). Reorganiza a Assistência a Psychopathas do Districto Federal. Recuperado em 25 fevereiro, 2014 de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>. Decreto nº 17805 de 23 de maio de 1927. (1927). Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal. Recuperado em 25 fevereiro, 2014 de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>.

O documento propunha também a criação do Conselho de Proteção aos Psicopatas e uma Comissão Inspetora, órgão que a assumia a função de proteção de direitos fazendo cumprir a lei. O Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora foram extintos dez anos após sua criação através do Decreto n. 7.055 de 1944.

Art. 32. Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos do presente decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem-estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída no Distrito Federal, uma Comissão Inspetora, composta de um juiz de direito que o seu presidente, de um dos curadores de órgãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão (Decreto n. 24.559, 1934).

Com o intuito de proteger a pessoa e os bens do psicopata, o artigo 26 estabelece que os mesmos, assim declarados apenas por meio de perícia médica, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer os atos da vida civil. Cabe salientar que a incapacidade dos psicopatas é sempre absoluta, haja vista a constatação da doença mental.

O artigo seguinte legitima a afirmação anterior, uma vez que aos noventa dias de internação o psicopata perdia o direito de administrar seus bens. Caso a internação se prolongasse, deveriam ser tomadas as medidas administrativas de tutela e curatela.

A alma do decreto é, pois, a tutela da pessoa e dos bens, como componente recomendável e essencial do cuidado, ele próprio de dupla natureza: médico e jurídico. (...) Para o juiz legislador de hoje, não se pode tratar um paciente psiquiátrico sem *o devido processo legal*; para o psiquiatra, a proteção pela via da tutela é indissociável do cuidado, vinculando-se naturalmente a ele (Delgado, 1992, p. 211 – grifo do autor).

Este documento esteve vigente por sete décadas e configurou o intenso período de produção legislativa iniciado no século XIX servindo como diretriz para as ações desenvolvidas nas esferas jurídica e psiquiátrica do século XX. No final deste, o Decreto de 1934 passou por intensos questionamentos principalmente relacionados à cidadania do louco.

## **5.6 A Lei 10.216: avanço em termos de direitos e cidadania**

*Já a lei que ficou sendo a 10.216 começa justamente com o artigo que afirma: “são direitos do paciente”. O paciente tem direito disso, tem direito de saber, tem direito de só ser internado em último caso, coisas desse tipo. Então o paciente tem direito de cidadania, é o artigo primeiro (Pedro Gabriel).*

Acima descrevemos o percurso do Projeto Paulo Delgado no Congresso Nacional. Da apresentação do mesmo à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica houve um intenso debate e uma série de modificações nos termos da proposta original. Nesta seção iremos trabalhar a Lei 10.216 no que diz respeito às principais mudanças com relação ao instrumento legal de vigência anterior: o Decreto de 1934.

A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Logo em seu segundo artigo elenca uma série de direitos do paciente.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei n. 10.216, 2001).

O caráter de proteção contido na lei difere substancialmente do caráter de proteção presente na legislação anterior. Nesta era possível identificar a proteção, palavra chave no discurso do perito psiquiátrico, estreitamente vinculada à interdição a qual visava proteger o incapaz, sua família, seu patrimônio e a sociedade. Assim, no Decreto de 1934 a proteção associava-se à condição de incapacidade do sujeito doente mental, ou seja, era por si incapacitante, logo o doente deveria ser protegido. Na lei de 2001, a proteção volta-se para o doente enquanto cidadão, o fato de ter um transtorno não o torna incapaz.

Outro ponto importante que difere os dois instrumentos legais se refere às internações involuntárias. A legislação atual determina que essas internações, assim como as altas, sejam comunicadas ao Ministério Público, o que se configura como um instrumento de controle e regulamentação acerca de uma possível ação coercitiva do dispositivo psiquiátrico. Além disso, a lei diferencia os tipos de internação a fim de



distinguir, principalmente, a involuntária, realizada contra a vontade do sujeito, da compulsória, que é aquela determinada pela justiça.

Dessa forma, comparando os dois documentos, podemos observar as modificações em três pontos fundamentais: a questão dos direitos, a regulamentação da internação involuntária e a forma de tratamento.

A lei anterior determinava como tipo principal de tratamento aqueles estabelecimentos voltados para a hospitalização do paciente, bem como seções operacionais para o mesmo fim em hospitais gerais, asilos e casas de educação.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social (Decreto n. 24.559, 1934).

O artigo 7º propunha que estes estabelecimentos poderiam ser de regime fechado, aberto (colônias de alienados)<sup>52</sup> e mistos que compreendiam tanto as colônias como o ambiente fechado.

Já a lei atual prevê o tratamento comunitário, o que revela uma mudança de toda a sistemática da atenção. A internação passa a ser indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Finalizando, cabe salientar a mudança inovadora relacionada à nomenclatura utilizada para definir a pessoa em sofrimento psíquico. O termo psicopata, utilizado no Decreto de 1934 e substituído pela expressão portador de transtorno mental (Britto, 2004).

#### 5.6.1 Do Projeto de 1989 para a Lei de 2001: modificação ou descaracterização?

*(...) o projeto se modificou, ele foi resultado de negociação, mas não considero que ele se descaracterizou. A meu ver, não se descaracterizou, em alguns pontos até sofreu aperfeiçoamentos, porém, igualmente, atenuações, por exemplo, retirar extinção dos manicômios foi uma atenuação, mas ao mesmo tempo permitiu a interpretação sempre de que o tratamento tem que ser comunitário, prioritariamente, e que, portanto, os hospitais com características asilares deveriam ser extintos (Pedro Gabriel).*

---

<sup>52</sup> As colônias de alienados foram descritas como modelos de tratamento aberto por se basearem na ideia da máxima liberdade possível. A ilusão de liberdade provocada pela grande extensão das colônias agrícolas deixaria o doente mais disciplinável ao trabalho (Portocarrero, 2002). Cabe salientar que o modelo, tido como aberto, das colônias agrícolas em nada se assemelha aos ‘serviços abertos’ (NAPS e CAPS) oriundos do movimento reformista brasileiro.

Na seção anterior apresentamos os avanços conquistados em termos de direitos e cidadania a partir da comparação entre lei atual da Reforma Psiquiátrica e o dispositivo de 1934. Contudo, sabendo do longo processo tramitação do Projeto 3.657 no Congresso Nacional, nos questionamos acerca das transformações efetuadas na proposta inicial até a aprovação da Lei 10.216 e pretendemos, nesta seção, discorrer a respeito daquelas que julgamos fundamentais.

A primeira modificação se refere ao preâmbulo dos dois dispositivos. O Projeto de 1989 dispunha sobre extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. A Lei 10.216 de 2001 *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Esta marcante diferença entre as propostas revela o poder dos diversos interesses e segmentos presentes na elaboração deste dispositivo (Britto, 2004).

No parágrafo único do artigo 2º são elencados os direitos da pessoa portadora de transtorno mental que se referem às condições de tratamento. A redundância de alguns itens como *ser tratado com humanidade, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde* (Lei 10.2116, 2001), revelam a garantia de que a violência infringida ao paciente psiquiátrico (ECT, lobotomia, abuso e exploração), que se convencionava chamar tratamento psiquiátrico, tornou-se objeto de questionamento (Amarante & Yasui, 2003).

Outro ponto a ser discutido se refere ao fato de a lei vigente manter a estrutura hospitalar. O artigo 4º estabelece que a internação deva ser indicada quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes. Dessa forma, embora proíba a internações em instituições com características asilares, a lei permite a coexistência dos dois modelos de atenção. Para Britto (2004), além do termo *insuficientes* ser inespecífico, a possibilidade de internação pode funcionar como um incentivo para esta prática, enfraquecendo a constituição de novos dispositivo de atenção da rede.

Talvez esta deva ser a modificação de maior impacto negativo para o atual processo Reforma Psiquiátrica, pois impede, de certa maneira, o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial. Contudo, o fato de estabelecer, no artigo 5º, a necessidade de uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida revela a tendência de superação do modelo manicomial.

Outra questão relevante se refere ao fato de que nos casos de internação voluntária, o próprio paciente pode requerer sua alta. Resta saber como este procedimento tem

ocorrido no cotidiano dos hospitais. Nesse caso, quando a alta não é estabelecida não há registro do procedimento a ser adotado pelo paciente (Britto, 2004).

Como aponta o artigo 8º, as internações voluntárias e involuntárias serão autorizadas somente por médicos que sejam registrados no CRM do estado do estabelecimento. Seu parágrafo 1º estabelece que a internação involuntária e a respectiva alta devam ser comunicadas ao Ministério Público Estadual em 72 horas. Este é outro ponto inovador da Lei uma vez que introduz a participação de um novo órgão para intermediar a relação da medicina com o Estado e, também, um ponto comum entre a Lei 10.216 e o Projeto 3.657, embora neste, a internação compulsória devesse ser comunicada à autoridade judiciária local ou à defensoria pública.

Cabe salientar outro ponto importante que se refere a uma confusão quanto aos tipos de internação. O projeto original no parágrafo 1º de seu artigo 3º definia a internação compulsória como aquela realizada sem o expresse desejo do paciente. Conforme a legislação atual, essa definição caracteriza a internação involuntária.

Como apontamos acima, a Lei 10.216 foi fruto de anos de luta na qual estava em jogo diversos setores e interesses. Acredita-se que a transformação social pretendida pelo projeto original foi atenuada com a aprovação da lei, principalmente no que tange à manutenção dos hospitais psiquiátricos como espaço de tratamento bem como à falta de caracterização e especificação dos serviços comunitários de saúde mental.

## **5.7 A regulamentação do modelo de atenção psicossocial: a Portaria 336**

*Veio a Lei em maio, maio de 2001, veio a Conferência Nacional em dezembro de 2001 e, em fevereiro de 2002, foi feita a portaria 336 que eu acho que é a principal portaria da Reforma Psiquiátrica, uma portaria que cria a reestruturação da rede como um todo (Pedro Gabriel).*

O objetivo desta seção é caracterizar o modelo de atenção proposto pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil através de sua regulamentação e organização a partir da Portaria n. 336, publicada em 19 de fevereiro de 2002.

Esta Portaria define o CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária que funcione conforme a lógica do território, destinado ao atendimento prioritário de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Estes serviços devem funcionar em área independente de qualquer estrutura hospitalar e possuir as seguintes características:

organizar a demanda e a rede de cuidado em seu território; ser regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito de seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental em seu território; cadastrar os pacientes de sua área de assistência que utilizem medicação essencial e excepcional.

A Portaria n.336, em seu artigo 4º, estabelece que os CAPS se configurem por porte/complexidade e abrangência populacional. Dessa forma, o CAPS I possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II deve atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes; o CAPS I e II volta-se para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos; o CAPS ad II visa atender pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (Portaria n. 336, 2002).

O artigo 5º estabelece que o atendimento dos pacientes, nestes serviços, deve ser intensivo, quando houver necessidade de acompanhamento diário; semi-intensivo quando o acompanhamento for frequente, mas não diário; e não intensivo quando a frequência for ainda menor.

A Portaria estabelece também as atividades que compõem a assistência oferecida bem como a equipe técnica adequada para atendimento em cada modalidade de CAPS. As atividades são estabelecidas da seguinte maneira: atendimento individual, medicamentoso e/ou psicoterápico; atendimento grupal; atendimento em oficinas; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias que visem à integração familiar e social (Portaria n. 336, 2002).

A equipe técnica é definida por turno de quatro horas, conforme a modalidade do serviço. Por exemplo, a equipe do CAPS I, para o atendimento de vinte pacientes por turno, com limite máximo de trinta pacientes por dia, em regime de atendimento intensivo, deverá ser composta por: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior, entre eles: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Consequentemente os serviços responsáveis por

atendimentos de municípios mais populosos que funcionem em três turnos ou 24 horas deverão contar com equipes maiores.

O artigo 7º estabelece que os procedimentos dos CAPS cadastrados sejam remunerados através do sistema APAC/SIA<sup>53</sup> e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Por fim, cabe salientar que a Portaria determina que os CAPS e NAPS<sup>54</sup> sejam recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

A partir da descrição realizada acima, é possível perceber a proposição de diversas modificações no modelo assistencial psiquiátrico, principalmente, quando comparamos a Portaria n. 336 com a Portaria n. 224 que instituiu os NAPS/CAPS na década de 1990. Compreendendo a diversidade dessas propostas trabalharemos, no capítulo seguinte, suas divergências mais acentuadas.

---

<sup>53</sup> Autorização para Procedimento de Alto Custo/Sistema de Informações Ambulatoriais.

<sup>54</sup> Na Portaria n.224 de 1992, a nomenclatura NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) é utilizada indistintamente da nomenclatura CAPS.

## 6 A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL: A CONSTITUIÇÃO DOS NOVOS SERVIÇOS

---

*(...) considero que o CAPS é o principal serviço substitutivo da Reforma (...). A resposta brasileira para a questão do acesso ao tratamento para o paciente grave se chama CAPS. Então, considero que sem CAPS não há Reforma Psiquiátrica e é vital que os CAPS funcionem bem (Pedro Gabriel).*

No capítulo anterior apresentamos como os serviços substitutivos se configuram e se organizam a partir da Portaria n. 336 de 2002, instrumento legal que marca a constituição destes serviços após a aprovação da Lei n. 10.216 em 2001. Contudo, cabe salientar que as transformações no campo da saúde, ocorridas na segunda metade da década de 1980, já haviam permitido a emergência de novos serviços na área da saúde mental.

A realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987 e 1992, bem como a proposta do SUS presente na Carta Constitucional de 1988, possibilitaram novas perspectivas de saúde pública no Brasil. No bojo destes acontecimentos a articulação dos profissionais de saúde mental, voltada para o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, fortaleceu as discussões produzindo novas experiências de intervenção acerca da loucura e do sofrimento psíquico (Amarante; Torre; Cruz; Vêras; Lima & Oliveira, 2001).

### **6.1 O Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”: uma experiência de psicoterapia institucional**

No estado de São Paulo, durante os anos de 1982 a 1986, a rede de assistência extra-hospitalar foi ampliada por meio da criação de novos ambulatórios e de ações de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A cidade de São Paulo, na gestão de Mário Covas (PMDB), por meio da Secretaria de Higiene e Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, executou o Plano Metropolitano de Saúde, financiado pelo Banco Mundial. Essa experiência trouxe várias contribuições na organização de serviços de saúde mental, inseridos na rede pública, entre eles o CAPS (Luzio & L’Abbate, 2006).

A proposta de criação do Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” surgiu a partir da insatisfação de certos grupos de profissionais que atuavam nas instituições da rede, principalmente diante das dificuldades oriundas dos atendimentos dos casos de psicose nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. Após uma série de discussões e negociações ao nível político e institucional, a sede da Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo tornou-se núcleo do futuro projeto de atendimento a pacientes com quadros graves, preferencialmente psicóticos. Desde o início, o CAPS manteve interlocução com outros serviços como a Clínica La Borde, na França, que se configurou como uma experiência alternativa à psiquiatria tradicional, denominada psicoterapia institucional, e o Centro de Saúde Mental de Setúbal, em Portugal, cujas ações eram inspiradas na psiquiatria de setor (Goldberg, 1994).

O CAPS se definia como um serviço intermediário de tratamento, ensino e pesquisa na área da saúde mental. O objetivo era trabalhar em duas frentes: internamente, se configurar como alternativa de tratamento aos pacientes, ampliando as possibilidades de ofertas terapêuticas, além de oferecer resolutividade no mesmo local de tratamento; externamente, consolidar esta modalidade como realidade e alternativa às terapêuticas tradicionais, contribuindo para o debate e a reorganização dos serviços no campo da saúde mental (Goldberg, 1989).

O trabalho no serviço se desenvolveria a partir de três bases: a delimitação do grupo de pacientes, atendidos independentemente da condição socioeconômica; a postura da equipe com relação ao ser que adoece; e o desenvolvimento do serviço na rede pública de saúde<sup>55</sup>. Seu financiamento provinha dos recursos da Secretaria de Estado da Saúde, incluindo transporte, alimentação e materiais diversos (Goldberg, 1989).

Enquanto estrutura intermediária<sup>56</sup>, o CAPS mediava o retorno do paciente à vida social, atendendo tanto aqueles que necessitassem de atenção temporária, como aqueles que precisassem de uma jornada mais prolongada. O objetivo era privilegiar a construção

---

<sup>55</sup> A proposta da SES-SP de se criar uma rede de CAPS não foi adiante, principalmente em decorrência dos retrocessos provocados pelos governos Quéricia e Fleury (1987 a 1994), bem como da implementação do processo de municipalização da saúde, quando o governo estadual começa a retrair seus investimentos na criação de novos serviços (Luzio & L’Abbate, 2006).

<sup>56</sup> *Por estrutura intermediária podemos entender qualquer criação de um conjunto comunitário em pequena escala, inserido ao máximo na vida social e permitindo uma estadia transitória em todas as situações de ruptura, levando-se em conta que tais situações procedem de um desenraizamento originário: de uma estadia prolongada em instituição ou de uma crise transitória* (Dameron, et al., 1981 como citado em Goldberg, 1989, p. 40).

de uma prática clínica voltada para a compreensão de um sujeito social e não apenas pelo reconhecimento do sintoma (Goldberg, 1994).

O serviço foi inaugurado em 12 de março de 1987 e iniciou os atendimentos em junho. A princípio, funcionava das 8 às 12 horas, o período da tarde era reservado às reuniões de equipe. Os pacientes eram encaminhados pelos serviços da rede que conheciam a proposta. Em agosto de 1988, o serviço passou a funcionar em período integral, de 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira (Goldberg, 1994).

A proposta clínica do CAPS era o desenvolvimento de uma prática centrada na vida cotidiana da instituição e do usuário, permitindo, por meio do estabelecimento de uma rede de sociabilidade, a emergência da instância terapêutica. Foram criados dispositivos coletivos destinados à circulação da falta e da troca, bem como da elaboração e tomada de decisão (Goldberg, 1994).

Parte significativa dos usuários começava a revelar aquisições na organização do pensamento, na estabilização de crises, na ruptura com o isolamento e valorização de cuidados pessoais. Pareceria estar ocorrendo a gênese de um relativo processo emancipatório, no qual os pacientes reivindicam da instituição condições objetivas para enfrentá-lo. Assim, começam a manifestar o desejo de vender os objetos que haviam produzido nas oficinas ou mesmo de trabalhar em condição profissional, sentimento que paradoxalmente vinha acompanhado da consciência da precariedade produtiva de tais objetos e da insegurança em ingressar num regime de vida regrado por horários rígidos e deveres (Goldberg, 1994, p. 119).

Criar estratégias de continuidade do tratamento quando o paciente começava a demonstrar certo processo emancipatório tornou-se o grande desafio do projeto CAPS. Encaminhar os que se encontravam estáveis para acompanhamento em ambulatório e pouco tempo depois recebê-los novamente em crise se tornava inviável e a consequência deste problema foi o acúmulo de pacientes antigos e a restrição à entrada de novos, visto que a equipe relutava em proceder às altas (Goldberg, 1994).

Entretanto, as dificuldades propiciaram à equipe uma importante aquisição na compreensão da psicose. A verificação de que pacientes melhoravam, estabilizavam, sem o recurso a acompanhamentos clínicos específicos (remédios, grupos, terapia ocupacional), mas apenas por meio da manutenção de critérios especiais de acolhimento do indivíduo dentro do Centro, permitiu a todos ver que o que estava em jogo não era a abordagem *do psicótico*, mas da condição *psicótica* de alguém maior do que a doença, não redutível à categoria da doença e por isto infenso às estratégias típicas do raciocínio sintomatológico (Goldberg, 1994, p. 126 – grifos do autor).



A partir de então, se configuraram as primeiras propostas de acompanhamento extraclínico para que os pacientes estabilizados pudessem recorrer ao CAPS como instância de mediação social no *processo de emancipação da doença* (Goldberg, 1994, p.126). Para tal foram criados os projetos de Trabalho e Moradia e o serviço passou a funcionar por períodos mais longos e, nos fins de semana, com atividades diferenciadas. Em abril de 1989 foi criada a “Associação Franco Basaglia” que, em convênio com o CAPS, possibilitou um novo campo de atuação terapêutica. (Goldberg, 1994).

Contando com a participação de usuários, familiares e profissionais, a Associação desenvolveu vários projetos, cuja finalidade era promover a autonomia e aumentar a abrangência da clientela, incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extraclínica da vida dos usuários e fomentar o exercício da cidadania, difundindo novos valores, noções e conceitos (Luzio & L’Abbate, 2006).

No final de 1991, o serviço passou por uma reavaliação do trabalho institucional. Pretendia-se reconhecer e nomear noções que eram utilizadas correntemente a fim poder discuti-las em sua operacionalização no cotidiano do CAPS. Discutiam-se, principalmente, as concepções de alta e de tratamento. A equipe percebeu que alguns programas no serviço pressupunham que, se o paciente não estivesse engajado em qualquer atividade oferecida, ele não estaria sendo tratado, permanecendo em tempo ocioso. Assim, os usuários deveriam ser absorvidos por várias atividades. A reflexão da equipe acerca de tal concepção possibilitou a substituição das propostas das várias atividades pela indagação sobre a maneira como os pacientes administravam seu próprio tempo dentro da instituição. Nesse sentido, os espaços dos grupos terapêuticos passaram a mobilizar estas questões junto aos pacientes. (Goldberg, 1994).

Assim, o CAPS fortaleceu sua atuação no interior da clínica, produzindo um novo modo de conceber a doença mental e seu tratamento. Recusando a abordagem sintomatológica e propondo uma clínica psiquiátrica renovada, a experiência do serviço foi ao encontro da Psicoterapia Institucional considerando a prática<sup>57</sup> como a instância terapêutica por excelência dentro da instituição.

Nas palavras de Tenório (2002)

O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o

---

<sup>57</sup> Rede de relações terapêuticas que envolve os indivíduos no movimento permanente de produção da instituição (Goldberg, 1994).

singular de cada paciente. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado *extraclínico*. O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais (p. 40 – grifo do autor).

Dessa forma, o CAPS consistia em uma ampliação tanto da intensidade quanto da diversidade dos cuidados. A reflexão acerca dessa complexidade levou vários autores a nomear esta produção de cuidados de maneiras distintas: clínica ampliada, clínica antimanicomial e clínica transdisciplinar (Yasui, 2006).

Em 2007, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira<sup>58</sup>, que ficou conhecido como CAPS Itapeva, passou a ser administrado pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Na gestão de Gilberto Kassab, à época filiado ao DEM, a prefeitura da cidade de São Paulo delegou a entidades privadas, chamadas Organizações Sociais (OSs), não apenas a prestação de serviços, mas também a gestão do atendimento sem qualquer controle social<sup>59</sup>.

Esse processo de enfraquecimento do SUS e privatização da saúde descaracterizou o CAPS enquanto serviço territorial, substitutivo, voltado aos ideais reformistas. Os procedimentos implantados pela nova gestão tinham a doença como foco: criação de grupos voltados para não adesão ao tratamento medicamentoso e organizados por diagnósticos. Observou-se nesse sentido um fortalecimento do modelo biomédico de atenção com uma gestão arbitrária e autoritária claramente voltada para a figura do médico (Canguçu & Valle, 2013).

Dentre todos esses entraves o que causou maior impacto foi a demissão de cerca de 30 profissionais que atuavam no CAPS seguindo o regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) sob a justificativa de corte de verba da Secretaria de Estado da Saúde. Na reunião da direção com os funcionários, feita em caráter informativo, não houve espaço para qualquer debate ou esclarecimento. A mesma informou que uma equipe mínima se responsabilizaria pelo cuidado dos mais de 500 pacientes, garantindo que o CAPS não fechasse as suas portas<sup>60</sup>.

Dessa forma, o financiamento no campo da saúde, bem como a participação de cada um dos entes federados, torna-se um grande desafio para a efetivação dos serviços

---

<sup>58</sup> Em 2002, a partir da Portaria n. 336, o CAPS Itapeva passou a funcionar como CAPS III.

<sup>59</sup> [http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/169/frames/fr\\_luta\\_antimanicomial.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/169/frames/fr_luta_antimanicomial.aspx)

<sup>60</sup>

[http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/?apg=agenda&acao=vcal&idc=54&cal\\_ano&cal\\_mes](http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/?apg=agenda&acao=vcal&idc=54&cal_ano&cal_mes)

substitutivos enquanto dispositivos assistenciais da Reforma Psiquiátrica, visto que governantes com uma orientação privatista tendem a não se empenhar na criação de uma rede substitutiva e pública. Diante de reclamações de desassistência, o modelo público é apontado como ineficiente e o privado emerge como solução salvadora<sup>61</sup>.

## **6.2 O Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos: uma experiência de desinstitucionalização**

A experiência santista de saúde mental e a consequente criação do NAPS ocorreram entre os anos de 1989 e 1996, a partir de um processo de crítica e desmantelamento da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado com a previdência social. A instituição foi denunciada por maus tratos, morte e violação de direitos humanos. Constatando tais denúncias, a prefeitura, caracterizada por uma gestão democrático-popular, decretou a intervenção na instituição. A ação possibilitou que se estendesse a toda sociedade o debate acerca do papel do manicômio na organização social, bem como das maneiras de lidar com a experiência da loucura. *A ação da prefeitura inscreveu a questão psiquiátrica como questão ética e sociopolítica* (Nicácio, 2003, p. 157). Com a intervenção no Anchieta foram iniciadas diversas ações de ruptura da ordem asilar, tomando como referência o viés da desinstitucionalização e a experiência basagliana em Trieste.

O projeto ético-teórico-político da experiência santista operou, desde o início, com a proposição de construir uma rede de saúde mental no território que, a partir da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e da desconstrução do manicômio, propiciasse a produção de uma nova cultura na relação com a experiência da loucura. A estratégia dessa experiência foi a de superação progressiva do manicômio e sua substituição por uma rede de núcleos de atenção psicossocial, estruturas de suporte social e projetos de intervenção cultural (Nicácio, 2003, p.158).

A partir de então foram projetados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência Tam-Tam, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central e a República “Manoel da Silva Neto”. Os NAPS constituíam a base da rede de atenção, funcionavam 24 horas por dia, sete dias por semana, seus múltiplos recursos criavam condições para uma atenção diversificada e integral. O atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central exercia o papel de retaguarda nas

---

<sup>61</sup> [http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/169/frames/fr\\_luta\\_antimanicomial.aspx](http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/169/frames/fr_luta_antimanicomial.aspx)

situações de urgência e emergência, principalmente no período noturno e nos finais de semana. A Unidade de Reabilitação Psicossocial promovia os projetos voltados para a inserção no trabalho. O objetivo era superar as diversas formas de trabalho protegido, *enfrentando o campo contraditório das relações de inclusão/exclusão social* (Nicácio, 2003, p.160).

O Centro de Convivência Tam-Tam se configurou como rádio livre, produzia mensagens de crítica das concepções de normalidade-anormalidade e de ruptura com a cultura da exclusão. A República “Manoel da Silva Neto” era uma moradia assistida para catorze pessoas com longa história de internação psiquiátrica e com fragilidade das redes de sociabilidade (Nicácio, 1994).

Em outubro de 1991, foi fundada a “Associação Franco Rotelli” que reunia usuários, familiares, trabalhadores e cidadãos. A mesma tinha o papel de agenciar a discussão e a participação no Movimento da Luta Antimanicomial, nas instâncias de controle social do SUS, bem como nos vários fóruns e movimentos da cidade. *A articulação conjunta entre usuários, familiares e trabalhadores, como cidadãos, propiciou o aprofundamento da discussão sobre as diversas dimensões presentes nas relações familiares e institucionais* (Nicácio, 2003, p.161).

A Casa de Saúde Anchieta, enquanto hospital psiquiátrico, foi definitivamente fechada em 1994. O espaço institucional foi ocupado por outros serviços e atividades da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG) e da Prefeitura Municipal. Em sua tese de doutoramento, intitulada *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*, publicada no ano de 2003, Maria Fernanda Nicácio, apresenta a trajetória do NAPS da Zona Noroeste a partir das transformações operadas pelo fechamento do Anchieta. Esse passou a se configurar como serviço aberto, territorial e substitutivo. Inaugurado com uma equipe inicial e 20 usuários deveria assumir a demanda da saúde mental da Zona Noroeste, aproximadamente 120.000 habitantes.

Motivados pela alegria de sair do Anchieta e criar uma nova instituição e, também, pela insuficiência de recursos institucionais, trabalhadores e usuários recolhiam objetos, móveis e utensílios para o NAPS. Adequando os ambientes às necessidades, desmontando, montando e singularizando cada sala, o espaço foi transformado de tal forma que se distinguiu da arquitetura interna dos serviços públicos, tantas vezes impessoal e inóspita (Nicácio, 2003, p. 164).

Os espaços eram abertos aos usuários e familiares e a equipe era, inicialmente, composta por cinco profissionais universitários e dez auxiliares de enfermagem,

configurando-se posteriormente por 3 psiquiatras, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 22 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 3 merendeiros, 3 auxiliares de serviços gerais e 2 guardas municipais. A carga horária de trabalho de 40 horas semanais foi organizada de modo a contemplar as exigências de um *serviço aberto, territorial, centrado no usuário e, ao mesmo tempo, de garantir boas condições de trabalho* (Nicácio, 2003, p. 166). Tal estruturação visava a construção de relações de continuidade entre a equipe e os usuários, bem como entre as equipes que atuavam em horários distintos, principalmente através da reunião diária que ocorria às 12h30min.

A reunião diária das 12:30 horas era a base fundamental da organização do trabalho e da busca de produção da equipe como coletivo. Abertas à participação de todos, trabalhadores, estagiários, aprimorandos e visitantes, as reuniões eram, em sua maioria, centradas na discussão dos problemas que emergiam no dia-a-dia, na reflexão sobre os percursos terapêuticos e os projetos em curso, e na programação do trabalho. Era o momento para contar o primeiro contato com um usuário, as vivências de tensão no atendimento de uma determinada situação de crise, os problemas do plantão noturno, as dúvidas e incertezas em como seguir um projeto, os conflitos de uma situação familiar, as riquezas de um grupo. Ao mesmo tempo, era o momento de identificar questões que mereciam ser aprofundadas, tomar decisões, redefinir o processo de trabalho, divergir, expressar os conflitos, falar do cansaço do dia-a-dia, protestar contra os salários e a insuficiência de recursos, avaliar e elaborar propostas para o NAPS e para a saúde mental, repensar os projetos para a cidade (Nicácio, 2003, p.167).

O NAPS realizava diversas atividades, sendo composto por um conjunto de modalidades de atenção. Atividades individuais e grupais, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família, ações comunitárias, hospitalidade noturna, diurna e integral nas situações de crise, entre outros. Por meio da promoção da liberdade, funcionando na modalidade de “portas abertas”, e da organização do processo de trabalho de maneira plástica e flexível, o NAPS buscou constituir-se como um serviço forte<sup>62</sup> reconhecendo e validando o usuário em sua singularidade, diversidade e complexidade (Nicácio, 2003).

A partir de 2002, com a vigência da Portaria n. 336, os NAPS e CAPS passaram a ser definidos como CAPS I, II ou III, conforme condições de funcionamento e população atendida. Dessa forma, o NAPS da Zona Noroeste, por oferecer atendimento diário de 24 horas, passou a configurar-se como CAPS III.

---

<sup>62</sup> Diz respeito à produção de um movimento cotidiano de riqueza de relações entre os serviços e os usuários, de uma diversa relação de poder com a demanda, negando a miséria e a violência das relações institucionalizadas, os saberes, as regras e os códigos nos quais se baseiam (Rotelli, 1987 como citado em Nicácio, 2003).

### 6.3 Os CAPS e NAPS e as portarias ministeriais: comparando duas experiências

*Então, esta crítica surge: uma portaria torna todos [serviços] iguais, forçadamente homogêneos? Tal risco existe; se não se tomar em conta a tensão dialética permanente entre o geral e o particular, existe sempre este risco (Pedro Gabriel).*

Como apontamos acima, o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e o NAPS santista se configuraram como experiências pioneiras no campo da saúde mental, orientando a constituição de novos serviços. Interessa-nos, nesse momento, refletir acerca das diferentes características que envolvem as duas experiências, bem como a presença dessas características nas portarias ministeriais que estruturam e organizam a assistência em saúde mental (Portaria Ministerial 224/92 e Portaria Ministerial 336/02).

Paulo Amarante e colaboradores (2001) analisam o projeto elaborado pela Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo para o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e um texto de apresentação do NAPS da cidade de Santos, apontando que as duas experiências demonstram *uma riqueza de concepções e uma multiplicidade de estratégias no modelo assistencial psiquiátrico* (p. 56).

O CAPS, tomando como referência o modelo sanitaria e a psicoterapia institucional, definiu-se como um serviço alternativo (intermediário) entre o hospital e a comunidade. Funcionando em torno de 12 horas por dia, o serviço voltava-se para o atendimento de psicóticos e neuróticos graves. O NAPS, tomando como referência o modelo da desinstitucionalização, definiu-se como um serviço substitutivo ao modelo manicomial. Funcionando 24 horas, sete dias por semana, não tinha uma clientela pré-definida, atuava no território, oferecendo serviços de natureza diversificada (Amarante *et. al.*, 2001).

Para Devera e Costa-Rosa (2007) as diferenças entre os CAPS e os NAPS tendem a se elidir nos documentos oficiais do executivo nacional, principalmente nas portarias ministeriais, corroborando os apontamentos de Amarante *et. al.* (2001). Para os autores as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92<sup>63</sup> garantiram a criação de novos serviços, mas *produziram uma indesejável padronização das experiências* (Amarante, *et. al.*, 2001, p. 57).

---

<sup>63</sup> A Portaria Ministerial 189/91 regulamenta os serviços prestados pelos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e a 224/92 regulamenta a organização de diversos serviços de saúde mental, entre os quais os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial.

Com a Portaria 336/02, o Ministério da Saúde elege o significativo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo manicomial. A portaria, apesar de representar grande avanço, pois em função da mudança no financiamento, está contribuindo para a ampliação do número de CAPS num ritmo muito mais veloz (Yasui, 2006), classifica-os na modalidade I, II, e III. Para Devera e Costa-Rosa (2007), as duas primeiras se aproximam do que seria o “Centro Comunitário de Saúde Mental”, um serviço intermediário que concebe, ainda, o Hospital Psiquiátrico como parte integrante da assistência psiquiátrica. Para os autores, ao instituir um CAPS que não têm prontidão para atendimento da crise, reafirma-se o modelo preventivo-comunitário. Já os CAPS III configuram-se de maneira equivalente aos NAPS da experiência santista, pois podem, pela lógica de seu funcionamento, constituir-se como um serviço de base territorial<sup>64</sup>.

Para Amarante et. al. (2001), as experiências do CAPS e do NAPS surgiram com base na crítica prático-teórica ao tratamento psiquiátrico convencional e, nesse sentido, não buscaram constituir-se enquanto modernização ou humanização do modelo anterior, mas sim promover uma ruptura com o mesmo, impulsionando a criação de novos serviços. Contudo, a denominação ‘novo’ não garante aos serviços se configurarem como operadores de *novas formas de intervenção frente à loucura* (p. 57).

A esse respeito, Yasui (2006) afirma que

implantar um serviço com a “marca” CAPS não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores, quanto dos gestores aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco que ocorre é o fato do CAPS ser considerado e implantando como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente (p. 61 – grifo do autor).

#### **6.4 O que ficou das experiências iniciais? Desafios atuais...**

Nesta seção faremos uma breve apresentação da experiência de estágio que pude participar em um serviço substitutivo no interior de Minas Gerais. Tomando como base as experiências precursoras de serviços substitutivos, apresentadas anteriormente, pretendemos discutir os principais desafios do atual processo de Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à consolidação da rede de serviços assistenciais substitutivos.

---

<sup>64</sup> Falaremos sobre essa característica adiante.

#### 6.4.1 Uma experiência de estágio no serviço substitutivo

*(...) há dificuldades muito grandes na qualidade do funcionamento. Então penso que o CAPS é um dispositivo que, nesse momento, enfrenta o desafio, que já estava colocado desde o início, da sustentabilidade. Sustentabilidade não é só financiamento, é qualidade, é uma estrutura de recursos humanos mais consistente (...)* (Pedro Gabriel).

A experiência de estágio da qual participei se deu no período de outubro de 2009 a dezembro de 2011, em um serviço substitutivo que se configurava, à época, como CAPS I. Habilitado como referência para uma população de 70 mil habitantes, o CAPS, além da população da cidade em que estava inserido que, à época girava entorno de 80 mil habitantes, atendia também aos municípios de pequeno porte da região. Somando-se a população local com a dos municípios vizinhos, o CAPS configurava-se como referência para mais de 100 mil habitantes e, como agravante, contava com uma equipe inferior à mínima exigida para atendimento.

A equipe, para atendimento em dois turnos de 4 horas, era composta por 2 psiquiatras, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior e 4 profissionais de nível médio. Juntamente com outros estagiários do curso de Psicologia, no período de 2009 a 2011, fui responsável por organizar a oficina de teatro, implantada no serviço desde 2007 através do Programa de Extensão: “Sistema de Saúde e Educação: estreitamento de laços e ações conjuntas” (Laços e Ações) do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) da Universidade Federal de São João Del Rei.

A oficina de teatro era realizada uma vez por semana, sempre às segundas-feiras, com duração de uma hora. Contava com a participação de trêsicineiras e, em média, oito usuários do serviço. A atividade tinha como objetivo oferecer técnicas teatrais para a montagem de esquetes, construídas a partir de fatos cotidianos trazidos pelos próprios participantes. Desde a implantação do Programa Laços e Ações, a oficina se apresentou como uma estratégia cujo objetivo principal era realizar um trabalho educativo/pedagógico, no sentido de apresentar, dentro da instituição, outras formas de lidar com a loucura que não aquela apoiada fundamentalmente numa perspectiva medicamentosa (César, Coelho & Melo, 2011).

Assim, a realização de oficinas como forma de intervenção junto a este serviço buscou mobilizar usuários, familiares e equipe de profissionais para a principal função desse dispositivo: a reabilitação psicossocial dos usuários. Ao longo do trabalho, foi



possível observar algumas transformações relacionadas às posturas dos usuários diante das oficinas. Em muitos momentos, a apatia e o marasmo, que por vezes predominavam no ambiente institucional, davam espaço ao entusiasmo e à disposição na construção e realização das oficinas. Usuários inicialmente retraídos, que falavam baixinho, se tornaram os grandes questionadores da atividade, participando cada vez mais e melhor. Nesse sentido, mesmo não sendo o objetivo da oficina, acredita-se que houve sim, em alguns momentos, para alguns usuários, um ganho terapêutico com a participação na atividade.

A atuação no serviço, através da oficina, possibilitou o contato direto com o cotidiano da instituição, nos permitindo perceber que o processo de Reforma Psiquiátrica tem produzido novos desafios para o campo da saúde mental. Conseguimos algum avanço com alguns usuários, mas compreendemos que atingir os profissionais em suas práticas requeria, fundamentalmente, a superação do modelo de assistência asilar e biomédico, ainda fortemente presente no cotidiano daquele serviço.

Localizado em um bairro de difícil acesso<sup>65</sup>, funcionando com equipe técnica reduzida, estrutura precária, com o predomínio da terapêutica biológica/medicamentosa sobre as demais, consideradas menos importantes, o que deveria se caracterizar como um serviço forte, territorial e substitutivo, configurava-se apenas como um novo espaço, onde se mantinham as mesmas práticas e os mesmos saberes legitimados histórica e cientificamente pela psiquiatria tradicional.

Como vimos anteriormente, as experiências inovadoras de criação dos NAPS e CAPS enfrentaram inúmeros desafios a fim de se constituírem como um serviço verdadeiramente substitutivo. Situação revelada também na experiência de estágio da qual participei no serviço substitutivo do interior de Minas Gerais, no qual uma equipe reduzida deveria oferecer cuidados em um serviço que atendia uma população superior à sua capacidade de atendimento. Essa experiência vem demonstrar que o processo de Reforma vem enfrentando diversos desafios em sua concretização, principalmente aqueles relacionados ao funcionamento e assistência oferecida nos serviços substitutivos.

Alverga e Dimenstein (2005; 2006) revelam os “desejos de manicômio” presentes nas práticas e concepções cotidianas dos CAPS de Natal, Rio Grande do Norte; Lobosque (2011) traz os desafios da concepção de rede de cuidados, bem como a importância da formação profissional; Schmidt e Figueiredo (2009) apontam como desafios o acesso, o acolhimento e o acompanhamento cotidiano em saúde mental.

---

<sup>65</sup> Salientamos que, atualmente, o serviço funciona em um bairro próximo ao centro da cidade.

Neste trabalho daremos prioridade à discussão dos desafios relacionados ao financiamento e gestão, bem como a formação e constituição das equipes de trabalho nos serviços substitutivos.

#### 6.4.2 Financiamento em saúde: o desafio da gestão

*Como fazer que essa rede que foi criada, que existe, possa se manter ao longo do tempo, se entranhar no território, se articular com a atenção primária e a intersectorialidade? É preciso enfrentar o desafio da gestão. Isto é, do financiamento, gestão, organização dos serviços (Pedro Gabriel).*

O financiamento é um fator crítico na concretização de um sistema de saúde mental viável. É o mecanismo pelo qual as políticas públicas de saúde são efetivadas através da alocação de recursos, sendo a ferramenta por meio da qual os serviços de saúde podem ser organizados e implantados (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Porém, o que fará do financiamento uma ferramenta eficaz na constituição de uma rede de saúde mental será o comprometimento e a vontade política. De nada adianta recursos se os gestores não forem comprometidos com a proposta de saúde mental do país, estados e municípios (Freire, 2012).

No campo da saúde mental, no período ditatorial, pós 1964, a psiquiatria assumiu o *status de prática assistencial de massa* (Resende, 2001, p. 56) devido ao grande número de internações que se processavam nos hospitais públicos e nas clínicas psiquiátricas particulares. Em 1966, a política centralizadora do governo criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e depois instituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, além de incorporar os Institutos de Aposentadorias e Pensões existentes até então, regulava a reabilitação profissional e a assistência médica. Verifica-se que a ideologia privatista do INPS e do INAMPS privilegiava a contratação de leitos em hospitais privados para atender à demanda de pacientes.

A compra de serviços de terceiros transformou a saúde em objeto de lucro, favorecendo o crescimento de indústrias que atuavam no campo, como a farmacêutica e a de equipamentos. Assim, o setor de saúde assumiu características de grande consumidor de bens e produtos na área médico-hospitalar, favorecendo a ampliação das condições de capitalização na área. Ao atender os interesses dos setores lucrativos provocou o

aprofundamento dos desequilíbrios regionais quanto à cobertura de atendimento ambulatorial e hospitalar e à política de formação de pessoal (Duarte, 1996; 2009).

Além dos desequilíbrios regionais em termos de assistência, a política mercantilista favoreceu o desenvolvimento do fenômeno da medicalização dos problemas sociais. Os hospitais psiquiátricos funcionavam com superlotação, contando com internações em “leito-chão”. O Hospital Colônia de Barbacena chegou a 3.200 internos e a Colônia Juqueri, em São Paulo, chegou a abrigar 15.000 pessoas consideradas doentes mentais. Em um período de três anos, de 1973 a 1976, a internação psiquiátrica aumentou 344% e a taxa de reinternação alcançou 63%. O aumento do número de internações e a consequente expansão do setor psiquiátrico privado, instituídos pela política do governo empresarial-militar, configuraram o que ficou conhecido como a “Indústria da Loucura” (Resende, 2001).

No ano de 1977, os gastos do INAMPS com a assistência hospitalar psiquiátrica somaram 96% do orçamento total da saúde mental, sendo destinados apenas 4% ao setor ambulatorial, ou seja, o modelo de assistência psiquiátrica era hospitalocêntrico. Nesse sentido, as críticas à configuração do setor saúde, por meio da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, buscavam uma mudança estrutural na qual a saúde não fosse objeto de lucro (Lima *et. al.*, 1980).

Com o início do processo de reforma: a formação do MTSM, a realização das Conferências de Saúde e Saúde Mental, a apresentação do Projeto de Lei n. 3.657, bem como as primeiras experiências de criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, buscou-se modificar a configuração da assistência em saúde mental, assim como as formas de investimento na área.

As experiências pioneiras de criação do NAPS e CAPS levaram à criação de portarias ministeriais que integraram estes serviços na rede SUS. Para o funcionamento e organização dos mesmos foram criados procedimentos de remuneração incluídos na tabela de procedimentos ambulatoriais do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), como se pode observar na Portaria n. 189 de 1991 – instrumento legal que marca a iniciativa de financiamento de uma rede substitutiva no SUS. Contudo, nesse período ainda se assistia a uma disputa pelo modelo técnico-assistencial em saúde. Por um lado, as várias iniciativas de criação de serviços substitutivos ao manicômio. Cabe lembrar a elaboração e aprovação de diversas leis estaduais envolvendo o tema, no período de 1990 a 1996. Por outro lado, a resistência dos setores interessados na sustentação dos hospitais psiquiátricos como modelo principal de assistência. No bojo desses vários entraves que

levaram ao processo de reorientação do modelo assistencial estão os recursos financeiros como ferramenta que promove, em termos de políticas públicas, a viabilidade do modelo do cuidado em saúde mental (Freire, 2012).

Em 2001, com a aprovação da Lei 10.216 – ainda que por acordo entre as lideranças partidárias –, o modelo de atenção psicossocial torna-se política pública de atenção substitutiva em saúde mental. Nesse sentido, linhas específicas de financiamento do Ministério da Saúde são criadas para sustentação do projeto de Reforma Psiquiátrica, bem como a reorientação do modelo técnico-assistencial. Esse período foi marcado pela acentuada expansão na implantação de novos CAPS, acompanhada da diminuição dos leitos psiquiátricos. Em sete anos foram fechados 14.596 leitos em todo o país, observando-se um progressivo aumento nos gastos com a rede substitutiva em detrimento dos gastos com a rede hospitalar (Freire, 2012).

Em 2002, as Portarias n. 336 e n. 189 passaram a organizar os serviços substitutivos, conforme seu porte. Dessa forma, os CAPS tiveram sua forma de remuneração alterada: ingressaram no sistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) e foram incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS, financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (Portaria n. 336, 2002).

Cabe salientar que os programas estratégicos, eleitos pelo Ministério da Saúde, são investidos com recursos provenientes do governo federal. A verba, considerada extrateto, é alocada em conta específica exclusivamente para o custeio dos CAPS, não podendo ser usada para outros fins. É o que se convencionou denominar *verba carimbada* (Freire, 2012, p. 120).

Dessa forma, no sistema APAC, os CAPS devem ter um formulário de frequência individual do usuário para controle de cobrança ao término de cada mês. O laudo diagnóstico deverá ser alterado sempre que houver mudanças na modalidade de tratamento. O preenchimento de tais documentos parece imprimir certo caráter burocrático no cotidiano dos serviços, havendo uma tensão entre a informação como ato burocratizado e a informação enquanto ferramenta de gestão. Muitas vezes, esse sistema foi alvo de auditorias, visto que as secretarias municipais se preocupavam com o faturamento mensal dos procedimentos (Freire, 2012).

Além da remuneração por meio do sistema APAC, os CAPS III contam com a remuneração por diárias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esse serviço, que funciona 24 horas, conta com cinco leitos noturnos, cada um com um limite de 10 diárias

de AIH para cada paciente. Cabe ressaltar que a diária paga ao CAPS é inferior àquela destinada ao hospital psiquiátrico em 50% quando se trata de uma diária APAC intensiva, comparada com a AIH mais baixa de um hospital acima de 400 leitos (Freire, 2012).

Em estudo realizado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, responsável pelo atendimento de grande parte da rede substitutiva de saúde mental em Campinas, Fonseca (2007 como citado em Freire, 2012) considera preocupante a alocação de recursos financeiros do SUS baseada na modalidade de pagamento por procedimento, pois muitas vezes os CAPS não conseguem chegar ao seu teto máximo de faturamento. Exemplificando a colocação, após análise das Portarias n. 336/02 e n. 189/02, o autor argumenta que para um CAPS III chegar ao seu teto máximo de faturamento, valor simulado de R\$58.157,50, seria necessário atender, por dia, 140 usuários. O que seria incompatível com os ideais da Reforma quando se pensa em oferecer atendimento integral, singular e de qualidade. E, ainda que o serviço atendesse aos 140 usuários por dia, ao final do mês o custo do CAPS chegaria a R\$195.794,37, o triplo do orçamento proposto na Portaria n. 189 de 2002.

Esse formato de repasse financeiro configura-se como uma relação de compra e venda de serviços. A unidade que presta assistência receberá o recurso após a efetuação do procedimento. Esse modelo tende a estimular a realização do maior número possível de atos, procedimentos ou diárias a fim de privilegiar o faturamento da unidade, correndo-se o risco de produzir atos desnecessários e outras distorções (Medici, 2002).

Mello (1977) aponta que, no final da década de 1970 o pagamento por unidade de serviço já era um fator incontrolável de corrupção, que transformava a saúde em objeto de lucro. Nesse período, o Núcleo de Saúde Mental do CEBES, ressaltava que *essas distorções levam, quase que obrigatoriamente, ao prejuízo da qualidade da atenção médica, a uma medicalização de problemas sociais e a iatrogenias* (Lima et. al., 1980, p. 46).

Com o Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa, novas maneiras de alocação de recursos dos serviços de saúde vem sendo configuradas. A Portaria 3.089, de dezembro do mesmo ano, instituiu recursos financeiros fixos destinados aos CAPS. Os mesmos são incorporados nos tetos municipais, no bloco de Média e Alta Complexidade, sob a forma de transferência regular e automática. Dessa forma, os CAPS passaram a receber um valor fixado previamente, independente do quantitativo de produção de procedimentos.

Tabela 1 – Recursos de custeio dos CAPS no período de 2002 a 2012.

Modalidade	Portaria 189/02	Portaria 3.089/11
CAPS I	R\$ 24.862,00	R\$ 28.305,00
CAPS II	R\$ 41.083,50	R\$ 33.086,25
CAPS III	R\$ 58.157,50	R\$ 63.144,38
CAPS i	R\$ 29.270,00	R\$ 32.130,00
CAPS ad II	R\$ 33.341,50	R\$ 39.780,00
CAPS ad III	R\$ -----	R\$ 78.800,00

Portaria n. 189 de 20 de março de 2002 e Portaria n. 3.089 de 23 de dezembro de 2011.

É importante salientar que, além do financiamento de custeio que são os recursos mensais, destinados às ações de assistência realizadas pelo serviço, os CAPS contam também com o recurso de investimento, que é o financiamento para implantação de novos serviços. Os valores do recurso de investimento são apresentados no quadro abaixo.

Tabela 2 – Recursos de investimento para implantação de CAPS.

Modalidade	Recursos
CAPS I	R\$ 20.000
CAPS II	R\$ 30.000
CAPS III	R\$ 50.000
CAPS i	R\$ 30.000
CAPS ad II	R\$ 50.000
CAPS ad III	R\$ 150.000

Portaria n. 245 de 17 de janeiro de 2005 e Portaria n. 130 de 26 de Janeiro de 2012.

Os CAPS contam também com verbas de incentivo, em caráter emergencial e temporário, para o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS. Normatizado pela Portaria n. 1.174 de 7 de julho de 2005, os valores da ordem de R\$10.000,00 são transferidos aos fundos municipais e estaduais, sem onerar os tetos da assistência de média e alta complexidade. O programa se destina à supervisão clínico-institucional regular; ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; ações de integração com familiares e comunidade; realização de projetos de estágio e de

treinamento em serviço, bem como desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, ambos em articulação com centros formadores.

Assim, com a constituição da Rede de Atenção Psicossocial, os CAPS e demais serviços que atendem a esse modelo, passaram a ser remunerados pela modalidade de pré-pagamento, que se assemelha ao formato de orçamento global. Dessa forma, o gestor municipal passa a ter maior autonomia gerencial, podendo utilizar o recurso conforme as necessidades locais, desvinculando a remuneração da venda de serviços – modelo utilizado pela lógica privatizante. Com essa transformação do modelo de alocação de recursos, entra em jogo a outra face do financiamento: o exercício político dos atores envolvidos com a configuração e o fortalecimento de um modelo psicossocial de atenção (Freire, 2012).

Em substituição à APAC, um novo instrumento de informação de procedimentos foi implantado. O Registro Ambulatorial de Ações de Saúde (RAAS) deve ser preenchido para cada usuário da rede informando os procedimentos realizados ao mês. Sem a finalidade de contabilizar pagamento, o objetivo do formulário é alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial. O RAAS possui 21 tipos de procedimentos diferenciados que se destinam tanto à assistência clínica como às ações de gestão do CAPS no exercício de ordenar a rede de atenção psicossocial. Além disso, os procedimentos estimulam ações territoriais e intersetoriais (Freire, 2012).

Contudo, Freire (2012) chama a atenção para o risco de burocratização das ações de atenção psicossocial diante do vasto rol de procedimentos a serem preenchidos no formulário RAAS. Cabe salientar que mesmo com a ampliação da responsabilidade do serviço, tendo em vista sua diversidade de funções, a composição da equipe mínima não sofreu alteração, o que se configura como outro desafio a ser enfrentado no processo de Reforma.

#### 6.4.3 Recursos humanos: o desafio da precarização do trabalho em saúde

*A precarização do trabalho na saúde se agravou extraordinariamente nos últimos dois anos e isso se reflete nos CAPS (...). A clínica dos CAPS é uma clínica muito pesada para ser bem feita por uma pessoa que fica achando que daqui há 3 meses vai ser mandada embora. Como ela vai criar um projeto terapêutico singular para um paciente psicótico grave se sequer sabe se vai continuar no serviço? (Pedro Gabriel).*

O conceito de recursos humanos vem da área de administração e diz respeito à racionalidade gerencial hegemônica que aponta o trabalhador como um recurso a mais disponível no mundo do trabalho. Entretanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores em sua relação com o processo de construção do SUS, configurando-se como um dos seus subsistemas (Mendes Gonçalves, 1993) que envolve múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação e qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho e administração de pessoal (Vieira, 2009).

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, o campo ganhou maior visibilidade. Inicialmente, no bojo da Reforma Sanitária, as questões relacionadas à área restringiam-se à temática da formação de pessoal e contava apenas com análises pontuais referentes ao planejamento da força de trabalho, ao mercado e à regulação do exercício profissional. Nesse sentido, Mendes Gonçalves (1993) chama a atenção para o caráter fragmentado, teoricamente limitado e pouco explicativo dessa primeira fase de estudos na área.

Com a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, definiu-se uma agenda específica sobre o tema a partir da análise dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Esses aspectos foram pautados pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, destacando-se a falta de incentivos para a qualificação profissional, a baixa remuneração, as condições de trabalho desfavoráveis e a ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários que pudesse favorecer a implantação do SUS. Já a II Conferência, realizada em 1993, mostrou a existência de uma contradição na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS). Embora apontado como estratégico nos documentos de saúde pública, o setor foi pouco valorizado, sempre mencionado de forma superficial quando se tratava dos aspectos que fundamentalmente afetavam as políticas públicas de saúde no país (Vieira, 2009).

Entre as dimensões que compõem o campo de RHS é importante salientar a gestão do trabalho em saúde que, no contexto de flexibilização das relações de trabalho no cenário do SUS, levou ao aprofundamento da descentralização, bem como a expansão das equipes de saúde. Esses aspectos trouxeram para a gestão municipal a limitação dos gastos com a necessidade de incorporação de força de trabalho. O reflexo de tal política se traduziu na precarização das relações de trabalho: falta de regulação do sistema de ingresso nos



serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira (Vieira, 2009).

O termo precarização do trabalho tem sido utilizado para designar as perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho, bem como das ideias liberais de defesa do estado mínimo, surgidas, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos, a partir da década de 1930. De maneira genérica, refere-se a um conjunto de mudanças em relação ao mercado de trabalho, às condições de trabalho, à qualificação dos trabalhadores e aos direitos trabalhistas (Mattoso, 1995). Embora seja um processo que tenha ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia, a precarização do trabalho tem afetado particularmente o setor da saúde.

No âmbito do trabalho em saúde no Brasil, uma das mudanças recentes é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas. Assiste-se a um grande número de contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais, como plantões em hospitais e flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família (Pires, 2009).

Embora nem sempre a flexibilização seja sinônimo de precarização, no caso brasileiro, essas iniciativas tiveram o sentido de redução dos custos com a força de trabalho e de precarização. Tanto que, em 2006, o Ministério da Saúde elaborou, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, o DesprecarizaSUS ou *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS*, cujas estratégias buscam valorizar o trabalhador.

Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população (Ministério da Saúde, 2006, p.5).

Considerando o porte e as necessidades dos estados e municípios, entre as propostas de intervenção do programa está, também, a sensibilização e conscientização dos gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos. Ou seja, mais uma vez esbarramos no desafio que envolve a gestão do SUS, apontando a necessidade de forças políticas engajadas na implementação de ações voltadas para o fortalecimento da saúde pública.

Diante dessa discussão sobre recursos humanos em saúde, é importante salientar que o trabalho na área se caracteriza por diversas peculiaridades, principalmente quando pensamos no modelo da atenção psicossocial, pautado na ética do cuidado.

Ayres (2004) em seu trabalho intitulado *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*, aponta uma revisão crítica acerca das características da atenção em saúde a partir do conceito ontológico de Cuidado, de Heidegger, e suas relações com o modo de ser do humano. Chegando à definição de Cuidado como a *atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde* (p. 22), o autor argumenta que os pontos principais na compreensão das interações de profissionais e pacientes, para a construção ética do cuidado, abarcam o projeto de vida, a construção de identidade, a confiança e a responsabilidade.

Nesse sentido, além dos instrumentos e conhecimento técnico, as relações são fundamentais para a produção do cuidado. O trabalho em saúde é sempre relacional, pois é *dependente do trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho no momento em que este está produzindo* (p. 318). As relações que compõem o trabalho em saúde se tornam sumárias e burocráticas quando a assistência é centrada no ato prescritivo, *compondo um modelo que tem na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos* (Merhy & Franco, 2003, p. 318) ou podem se configurar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato.

Essas relações intercessoras são chamadas de tecnologias leves, pois seu caráter relacional as configuram como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários. Diferentemente desse campo de relações, os instrumentos compõem a chamada tecnologia dura, pois já estão estruturados para elaborar certos produtos da saúde. Nesse âmbito das tecnologias em saúde, encontra-se também o conhecimento técnico, que pode ser identificado como tecnologia dura, tecnologia leve ou tecnologia leve/dura, conforme a maneira como cada profissional utiliza seu conhecimento na produção de cuidado (Merhy & Franco, 2003).

Franco (2003) argumenta que no fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, além do Trabalho Vivo em ato, pode estar presente também o Trabalho Morto. O primeiro é próprio das tecnologias leves, como apontado anteriormente, o segundo se refere aos instrumentos, pois, para sua elaboração, já se aplicou um trabalho anterior<sup>66</sup>. Estes dois

---

<sup>66</sup> A ideia de Trabalho Vivo e Trabalho Morto tem origem em Marx que, definindo a mercadoria em valor de uso e valor de troca, revela o trabalho em seu duplo caráter: trabalho concreto (valor de uso) e

tipos de trabalho se configuram em uma correlação chamada Composição Técnica do Trabalho (CTT). Dessa forma, quando a CTT for favorável à predominância do Trabalho Morto, refletirá um processo de trabalho voltado para a produção de procedimentos, dependente das tecnologias duras. De outra forma, quando a CTT favorecer a realização do Trabalho Vivo, o processo de trabalho se configurará como a produção de cuidado centrado nas tecnologias leves.

Se a razão existente aí estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (Merhy & Franco, 2003, p. 319).

Assim, Merhy e Franco (2003) apontam que o Trabalho Vivo pode se constituir enquanto potência instituinte para a mudança do modelo assistencial. Isso porque o fortalecimento de um modelo de assistência, apoiado nas relações estabelecidas entre os sujeitos trabalhadores e usuários, em que se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde, requer a ruptura com a lógica prescritiva da atividade assistencial, com predomínio das tecnologias duras, do Trabalho Morto.

A necessidade da predominância do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto para superação da lógica prescritiva nos remete, novamente, ao desafio do financiamento. Como apontamos anteriormente, vem se operando uma mudança no modelo de alocação de recursos: o pagamento por procedimento realizado nos CAPS foi substituído pelo pagamento prévio, sem contabilização de procedimentos, fator que pode mobilizar a mudança na política de recursos humanos na área da saúde.

#### 6.4.4 Produção de conhecimento: conceitos presentes no fazer cotidiano dos serviços substitutivos

Ao longo deste trabalho tem sido demonstrada a complexidade do campo da saúde mental voltada para o modelo da atenção psicossocial. Os tópicos anteriores trouxeram desafios voltados para a gestão e financiamento dos serviços substitutivos, bem como para a política de recursos humanos em saúde de maneira geral. Ainda que trabalhados em

---

trabalho abstrato (valor de troca). Considerar a mercadoria como forma molecular do capital, que contém o duplo caráter do trabalho, permite a compreensão dos fenômenos econômicos uma vez que distingue o lado técnico-material do lado histórico-social (<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traabstracon.html>).

separado, salientamos que esses desafios se interpenetram no cotidiano dos serviços substitutivos, revelando que a pluralidade e complexidade do campo exigem ações de diversas dimensões. Neste tópico trabalharemos mais um desafio: a produção de conhecimento a partir da incorporação e apreensão de conceitos essenciais para o funcionamento dos serviços substitutivos.

### ***Território e rede***

*Acho que é preciso investir muito mais no sentido de recuperar a força do território para o CAPS, fazer do CAPS um dispositivo territorial (...). Acho muito burocrática a maneira como a saúde pública fala de rede, tecnocrática. Não existe rede se não houver nenhuma pessoa atendendo alguém que está em crise. (Pedro Gabriel).*

Para Yasui (2010), o CAPS se configura como uma estratégia de produção de cuidados, um arranjo institucional que se faz por meio de uma rede de ações através de uma diversidade de estratégias realizadas além das fronteiras do serviço, levando a compreensão da saúde como produção social. Assim, o território torna-se um conceito chave que opera no cotidiano desses serviços.

Na Portaria Ministerial n. 336 de 2002, os CAPS são definidos como serviços ambulatoriais que devam funcionar pela lógica do território. Os ambulatórios compunham um sistema hierarquizado de serviços de saúde mental, centrado no hospital psiquiátrico, sendo o circuito *emergência-internação-ambulatório* a modalidade predominante de cuidado oferecida (Delgado, 1999, p. 113).

A prática cotidiana de um ambulatório se resumia a marcação de consultas com profissionais de áreas específicas, podendo, uma mesma pessoa ser tratada por profissionais de mais de uma área. Contudo, a troca de informações entre os membros da equipe se dava de maneira superficial. Nesse sentido, a noção de território implícita no funcionamento do ambulatório é a de área distrital, ou seja, um recorte da cidade ou bairro que teria seus moradores referenciados a determinado serviço. Em contrapartida, constituindo-se como serviços substitutivos, os CAPS devem prescindir da internação psiquiátrica, aliando o modelo assistencial da clínica à reabilitação psicossocial. O usuário, antes atendido por uma equipe multidisciplinar, passa a receber cuidados de uma equipe que se constitui de maneira interdisciplinar, o que garante trocas de informações mais efetivas. Consequentemente, a noção de território ultrapassa a simples regionalização em

áreas de referência, constituindo-se por *objetos, informações e ações, em âmbitos econômicos, sociais e culturais* (Melo, 2012, p.215).

Como aponta Delgado (1999), o território não é apenas o bairro onde mora o usuário ou no qual está inserido o serviço, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que constituem seu cotidiano, seu projeto de vida, sua inserção no mundo. Assim, os CAPS, funcionando a partir da lógica do território, devem compor uma rede de atendimento psicossocial que busque substituir com *vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatorio* (p. 116).

Referência para atendimento da população de determinada área, mas sem se restringir a isso, o CAPS deve funcionar de maneira distinta dos antigos ambulatórios. Ainda que receba essa definição, o CAPS se configura como um serviço complexo, cujas funções extrapolam a ambulatorial. Nesse sentido, a ênfase não deve recair sobre sua definição como serviço ambulatorial e sim, no argumento de que deve seguir a lógica do território (Melo, 2012).

Para Milton Santos (2002), o território é dinâmico, vivo, formado por inter-relações. Não é um objeto estático. Tem papel fundamental na vida do indivíduo e no corpo social, englobando tanto as características físicas de determinada área como aquelas produzidas pelo próprio homem.

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (...) (Santos, 2002, p.84).

Entendido não apenas como um espaço geográfico, mas como *as forças vivas* de uma comunidade, sua cultura, problemas e potencialidades, é no território que se configura a rede de cuidados na atenção psicossocial (Yasui, 2006, p. 93).

Compreender o território como espaço de produção de uma rede de cuidados, nos leva à compreensão de mais um conceito importante: a noção de rede na atenção psicossocial. A rede de atenção à saúde se refere a um conjunto de ações e serviços articulados em níveis crescentes de complexidade cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência à saúde. Em saúde mental, a rede deve ser integrada, articulada e efetivada nos diferentes pontos de atenção, com o intuito de atender as pessoas em sofrimento

psíquico, bem como as demandas decorrentes do abuso de álcool, crack e outras drogas (Portaria n. 3.088, 2011).

Na rede de atenção psicossocial os serviços se configuram enquanto diferentes pontos de atenção. Na atenção básica conta, principalmente, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); os CAPS, em suas diferentes modalidades, configuram a atenção psicossocial estratégica; a urgência e emergência conta com o SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e hospitais de pronto socorro; a atenção hospitalar é composta por enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede conta também com estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Nesse contexto, os CAPS tem papel de especial relevância e se configuram como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalocêntrico, sendo que o Ministério da Saúde estabelece para estes serviços a função de articulador da rede, organizando e direcionando as ações nas várias instâncias de cuidado (Portaria n. 3.088, 2011).

Para Onocko-Campos e Furtado (2006), essa função aglutinadora e organizadora da rede local, atribuída aos CAPS, é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional. Para os autores, certas críticas voltadas aos CAPS são produzidas no próprio seio da Reforma Psiquiátrica e, caso não sejam acompanhadas e bem analisadas com intuito de seu enfrentamento e superação, poderão deslegitimar socialmente os serviços sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrentados. Uma dessas críticas, apontada por figuras relevantes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, gestores e trabalhadores, no Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo em 2004, foi o risco de uma *manicomialização* dos novos dispositivos (p.1054).

Segundo Campos (2000), a diretriz que estabelece que os CAPS atuem em diferentes níveis – da prevenção e atuação no território até a atenção à crise – é tensionada pela lógica de classificação de serviços adotada pelo SUS, tradicionalmente verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade.

Como aponta Delgado (1999), a constituição de uma rede de cuidados, capaz de romper o circuito *emergência-internação-ambulatório-internação* (p.116), só é possível a partir da regionalização do atendimento e da criação de serviços locais de atenção psicossocial. O escalonamento do atendimento clínico, que ocorre na perspectiva da hierarquização por complexidade de ações, se aplica ao modelo hospitalocêntrico, mas é

incompatível e incongruente com a estratégia de uma rede de cuidados baseada em serviços territoriais.

Alves & Guljor (2004) apontam que o princípio de hierarquização<sup>67</sup> aliado ao mecanismo de referência e contrarreferência levou à fragmentação da assistência e a destituição de vínculos entre usuários e profissionais, podendo também se configurar como um dificultador do acesso dos usuários, haja vista a necessidade de “peregrinação” em busca de assistência.

Cecílio (2004), Campos (1997) e Ceccim e Ferla (2006) também vêm problematizando o enrijecimento e a burocratização das redes de atenção em saúde. Os autores acreditam que o princípio de hierarquização – que perpassa a organização das redes de ações e serviços do SUS –, ao mesmo tempo em que possibilitou um planejamento racional do sistema, levou à fragmentação, à burocratização e à dificuldade de acesso aos serviços.

Todavia, para que uma rede efetivamente substitutiva se constitua, os CAPS devem se articular a uma rede diversificada de serviços e ações voltados para a atenção integral em saúde, oferecendo um atendimento comprometido com as rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao *status quo* representado pela assistência tradicionalmente prestada na rede pública de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos (Onocko-Campos & Furtado, 2006). Para tal, é imprescindível compreender que *o CAPS é um componente estratégico da rede de atenção psicossocial, mas não existe nem se sustenta sem os demais componentes da rede* (Delgado, 2006, s/p.).

Franco (2003) argumenta que a rede em saúde deve funcionar de maneira sistêmica, tendo o trabalho vivo em ato como elemento central da produção de cuidado. Dessa forma, a rede deve operar vários serviços em torno da linha de cuidado. As linhas de cuidado se referem ao conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, sendo alimentada por recursos/insumos que garantam um caminhar seguro no projeto terapêutico determinado pela equipe de assistência àquele usuário. A linha de cuidado pode ter início na UBS ou em outro serviço de entrada do usuário e prosseguir, por meio do apoio diagnóstico e projeto terapêutico, em direção aos serviços de especialidades, atenção hospitalar entre outros.

---

<sup>67</sup> O princípio de hierarquização se fundamenta na tentativa de resolução de um conjunto de problemas de saúde através da produção de diferentes complexidades, com custos *sociais* escalonados por níveis de atenção, do mais básico (*menos* complexo e com menor incorporação tecnológica) ao mais especializado (*mais* complexo e com maior incorporação tecnológica). Tal qual uma pirâmide (Zambenedetti & Silva, 2008, p.139).

Para que a linha do cuidado opere, será necessário pensar que ela é o ponto de encontro de uma implicada rede de petição e compromissos, de diversos serviços que alimentam a sua produção. Estes são controlados por atores que passam a figurar como gestores da assistência, quando ingressam na rede de petição que alimenta a linha de produção, digamos assim. Transitam por essa os que buscam assistência, usuários; regulam seu funcionamento, os gestores; pactuam contratos, os prestadores; operam processos de trabalho tecnologicamente determinados, os trabalhadores, e mais uma infinidade de sujeitos que protagonizam suas ações sobre uma extensa cartografia de interesses colocados na cena de produção da saúde. Essa discussão dá sentido para a idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos esses atores, como condição para sua existência e eficácia no cuidado aos usuários (Franco, 2003, pp.117-118).

Pensar a rede de saúde em termos de linhas de cuidado nos permitiu identificar a estreita relação entre os conceitos de rede e território e os desafios de gestão, financiamentos e recursos humanos no campo da saúde coletiva e da saúde mental. O conceito de rede, pensado a partir da produção de trabalho em saúde, isto é, da necessidade de hegemonia do Trabalho Vivo em ato sobre o Trabalho Morto, estabelecendo linhas de cuidado plurais e heterogêneas nos leva a pensar acerca de outro conceito importante: a interdisciplinaridade.

### ***Interdisciplinaridade e trabalho em equipe***

Como vimos, anteriormente, a produção do cuidado em saúde deve estar voltada para a real necessidade do usuário, permitindo uma caminhada segura do mesmo em um fluxo contínuo na linha de cuidado. Assim, a equipe de profissionais poderá atendê-lo conforme o projeto terapêutico estabelecido sem que se perca o vínculo trabalhador da saúde-usuário.

Nesse sentido, torna-se importante a compreensão do processo de trabalho em saúde, o qual diz respeito à dimensão microscópica do trabalho, envolvendo a prática dos profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e o consumo de serviços de saúde. É necessário compreender que este processo de trabalho reproduz toda a dinâmica do trabalho humano (Peduzzi & Schraiber, 2009).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível



abordar e compreender certos aspectos da realidade (Marx 1994 como citado por Peduzzi & Schraiber, 2009, s/p).

No campo da saúde, o conceito de processo de trabalho é utilizado em estudos de diferentes áreas, o que permite sua abordagem como prática social não apenas nas áreas profissionais especializadas. Em estudos que envolvem a atenção à saúde, a gestão em saúde, o trabalho em equipe, o cuidado em saúde, entre outros, é possível abordar tanto os aspectos estruturais do trabalho como aqueles relacionados aos agentes e sujeitos da ação, visto que é esta dinâmica que constitui os processos de trabalho (Peduzzi & Schraiber, 2009).

Nesse sentido, o desenvolvimento de práticas voltadas para constituição de uma rede de cuidado pautada no campo das relações (tecnologias leves) cujas ações atinjam o território e possam produzir sentido e saúde, exige das equipes multiprofissionais novas práticas e novos saberes que vislumbrem o predomínio do Trabalho Vivo em ato sobre o Trabalho Morto. Dessa forma, no campo da saúde mental, no contexto dos serviços substitutivos comprometidos com a desinstitucionalização, a interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para que estes dispositivos estratégicos se estabeleçam como serviços voltados ao cuidado e à sociabilidade.

De acordo com Vasconcelos (1997), a interdisciplinaridade se constitui como um nível avançado de coordenação e cooperação em que todo conhecimento seja valorizado, de modo que as relações profissionais se estabeleçam de maneira horizontal, constituindo em troca recíproca entre as diferentes disciplinas.

A interdisciplinaridade (...) exige a identificação de uma problemática comum, como levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Desta forma, as práticas interdisciplinares autênticas tendem, quando prolongadas no tempo, para a criação de campos de saber ou disciplinares novos, como a psicossociologia, a psicolinguística, a etnopsiquiatria etc. (p. 26).

Contudo, no setor da saúde ainda persiste uma noção de equipe referente à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho que compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. Atuando com base nessa noção, as equipes não conseguem, em sua prática, assegurar a integralidade da atenção à saúde (Peduzzi, 2009).

Para Peduzzi (2001, 2009), o trabalho em equipe multiprofissional se configura como uma modalidade de trabalho coletivo, construído pela reciprocidade entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas. Segundo a autora, o trabalho em equipe não é um modelo estático, mas composto pela dinâmica entre o trabalho e a interação da equipe. Fatores importantes na constituição das equipes são: a qualidade da comunicação entre os integrantes, as especificidades dos trabalhos especializados, o questionamento da valoração social dos diferentes trabalhos, a flexibilização da divisão do trabalho, a autonomia profissional de caráter interdependente, bem como a construção de um projeto assistencial comum (Peduzzi, 2001, 2009).

Nesse sentido, o trabalho em equipe se configura como um processo grupal, envolvendo as relações interpessoais, relações de poder, diferentes saberes, afetos e desejos, sendo importante que as equipes reconheçam e compreendam esse processo grupal como forma de construir a própria equipe (Fortuna, Mishima, Matumoto e Pereira, 2005).

Trazendo as contribuições da psicanálise ao tema, Figueiredo (2005) aponta que a formação das equipes não se dá de modo automático. Quando os serviços precisam se constituir em rede de cuidados no território, como no caso dos CAPS, o trabalho em equipe se torna mais complexo e plural. Como alternativa às equipes hierárquicas ou igualitárias<sup>68</sup>, ou seja, a hierarquia como sinônimo de rigidez e inflexibilidade e o igualitarismo como sinônimo de indefinição ou confronto de especialidades, a autora aponta a transferência de trabalho como requisito para o estabelecimento de um laço produtivo entre os profissionais que visa por um lado, o fazer clínico e, por outro, a sua consequente produção de saber.

Pode-se produzir um saber a partir do que deve ser partilhado. A responsabilidade do ato de cada um também é partilhável e deve ser retomada em determinado momento do trabalho coletivo. Se isso não for feito, pode se suceder um emaranhado de acusações a cada dificuldade, a cada obstáculo, retornando ao confronto já mencionado (...). O que se partilha é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se tecer um saber. (...) o que se recolhe são os elementos fornecidos pelo sujeito, como pistas para a direção do tratamento, para o chamado 'projeto terapêutico'. Essa tessitura é que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo, pois há retificações a fazer freqüentemente, dependendo do rumo do caso, a partir de novas indicações do sujeito. (...) Se o movimento de transferência

---

<sup>68</sup> A equipe hierárquica preserva a hierarquia das profissões numa distribuição mais verticalizada do poder de intervenção. Esse modelo é mais perceptível em hospitais gerais ou nos hospitais psiquiátricos e nos ambulatorios, podendo estar presente, ainda que de forma velada, no interior das equipes dos CAPS, principalmente em relação ao trabalho dos médicos. A equipe igualitária se apresenta de maneira oposta: *as especialidades sofrem uma 'implosão', devendo todos os participantes ter a palavra, seja em que momento for. A hierarquia dá lugar a uma autorização difusa e sempre questionável de um profissional por outro. Tudo pode ser discutido, prevalecendo o confronto de 'igualdades', no qual cada diferença pode ser tomada como desavença ou ameaça ao equilíbrio do todo que sustenta a equipe* (Figueiredo, 2005, p. 44).

(de escolha) é do sujeito, na transferência de trabalho, o movimento é de cada um da equipe em direção ao trabalho, tomando seus pares como parceiros da clínica. A clínica em questão é o que se apresenta do sujeito em algum endereçamento a nós. Um campo comum aí se forma, cujo referencial, grosso modo, é dado a partir do sujeito (Figueiredo, 2005, pp. 45-48).

Assim, a partir das colocações acerca da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, entendemos que a produção de cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial se configura como uma prática complexa e plural.

Entretanto, Yasui (2010) aponta a necessidade de estarmos atentos ao *tênue limite além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo. O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência* (p.4). Daí a necessidade de um caminhar cauteloso diante da estreita linha que separa a produção de autonomia da produção de dependência, o cuidado da tutela. Esse apontamento do autor nos leva à discussão de mais um conceito importante que deve permear as práticas e saberes no cotidiano dos serviços substitutivos: a autonomia no complexo contexto da produção de cuidados.

### ***Autonomia e cuidado***

Pensar o CAPS não só como um serviço, mas como um espaço de ampla produção de cuidados que se fazem em rede por meio de uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, nos leva à necessidade de reflexão acerca do próprio conceito de cuidado.

Para Yasui (2010) cuidar não pode ser apenas realizar ações com o objetivo de tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional capaz de executar um conjunto de ações técnicas. Cuidar se refere a um posicionamento comprometido em relação ao outro.

Nesse sentido, cuidar em saúde se aproxima do que define Boff (2002): *é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro* (p.33).

Essa postura envolve uma ruptura epistemológica de grande importância, pois significa romper com a racionalidade médica de orientação biologizante e fortalecer a relação entre o cuidador e o sujeito que se encontra em sofrimento, compreendido em sua

complexidade, sendo que, nesse sentido, as estratégias de intervenção se caracterizam por projetos marcados pela diversidade. Todavia, o excesso de cuidado pode produzir dependência. Configurando-se em assistencialismo ou gesto de caridade, o cuidado pode transformar o sujeito em um ser incapaz de prover suas necessidades mais básicas (Yasui, 2010).

Assim, somos levados a compreender outro conceito importante que permeia ou ao menos deveria permear os fazeres e saberes presentes no cotidiano dos serviços substitutivos: autonomia. Aqui, pensamos a autonomia em oposição à tutela. Como apontamos no capítulo anterior, a tutela, alcançada por meio do processo de interdição civil, é o meio legal de prover a incapacidade dos indivíduos. Como aponta Delgado (1992), a compreensão da interdição como um instrumento de proteção do doente mental é unânime entre os operadores do Direito, configurando-se, no meio jurídico, como uma forma de cuidado.

Entretanto, como bem sabemos, as práticas tutelares de cuidado permearam o cotidiano das instituições asilares por meio da violência e controle excessivo dos pacientes. Contudo, diante da constituição dos CAPS como serviços substitutivos que compõem o modelo de atenção psicossocial, emerge a necessidade de constituição de novas práticas de cuidado que superem as anteriores. Assim, nos interessa discorrer acerca da autonomia na atenção à saúde, bem como na atenção psicossocial.

A autonomia se configura como uma categoria central da promoção da saúde, sendo consideradas autonomizadoras todas as intervenções que ampliem a capacidade dos indivíduos de agirem sobre os determinantes de sua saúde. Nesse sentido, a autonomia é sempre construída na dialética entre o nós e os outros,

(...) a existência dos indivíduos apenas ocorre e pode ocorrer em sua interação, isto é, através de grupos, compondo coletivos humanos e, por fim, dentro do coletivo geral que constitui a sociedade em que vivem. Portanto, o desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através da comunidade. Parece claro, portanto, que aqueles mecanismos e instrumentos que ampliem capacidades de intervenção coletiva terão mais sucesso na ampliação da autonomia do que aqueles que apenas sejam focalizados no indivíduo (Fleury-Teixeira *et. al.*, 2008, p.2120).

Ferreira (1997) apresenta quatro significados para o termo: faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual; e condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta.

Nesse sentido, a definição de autonomia é elaborada em relação à heteronomia, ou seja, a autonomia seria a capacidade dos homens darem-se suas próprias leis em oposição a recebê-las de outros. Todavia, cabe salientar que a autonomia nunca é absoluta, pois, como mencionado acima, ela se dá sempre na interação entre os indivíduos. Dessa forma, ocorre sempre em coeficientes ou gradação passíveis de terem seus limites tensionados. *O seu exercício, assim, se aproxima de uma ética, pois deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor. Não haveria uma autonomia pronta a priori para todos, nem para qualquer situação* (Onocko-Campos & Campos, 2006, p.6).

No contexto dos serviços substitutivos, a crescente autonomia dos sujeitos deve estar entre os principais objetivos de seu projeto terapêutico, que deve ser pactuado entre o próprio usuário e a equipe. Muitas vezes, a autonomia mantém certa correlação com a frequência em que o sujeito utiliza o serviço, sendo que a diminuição dessa frequência não significa necessariamente a diminuição do vínculo estabelecido com a equipe, e sim uma resignificação da contratualidade construída (Silveira & Vieira, 2005).

Kinoshita (2010) refere-se à autonomia dos sujeitos como a capacidade de reordenamento constante da própria vida.

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordem para a sua vida conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Kinoshita, 2010, p.57).

Essa ideia apontada por Kinoshita nos remete às ideias de Castel (1978) acerca do poder de contratualidade dos loucos. Para o autor, a nascente sociedade burguesa no século XIX e as exigências dessa nova ordem social estabeleceram para o louco um estatuto diferente daquele que regia a totalidade dos cidadãos. Diante de uma sociedade contratual, configurada pelo liberalismo, ao louco era atribuído o estatuto de tutela devido à sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade social. Dessa forma, Castel aponta que, por ser tido como incapaz o louco tem seu poder de estabelecer contratos sociais diminuído. No mesmo sentido, Kinoshita aponta que a diminuição da autonomia dos usuários se deve ao fato de dependerem de poucas relações, o que, conseqüentemente, diminui seu leque de possibilidades de contratos e trocas sociais.

Dessa forma, a ideia de autonomia remete à noção de liberdade, de livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações, porém uma liberdade que se dá sempre em relação ao outro e no contexto dos serviços substitutivos deve permitir o caminhar livre dos usuários pelas diversas possibilidades de intervenção. Serviços que sejam efetivamente substitutivos devem produzir cuidado no território por meio de ações que ampliem as possibilidades de desenvolvimento de autonomia de seus usuários.

É essencial que a equipe de trabalho compreenda os principais conceitos que orientam a constituição dos serviços e permeiam seu cotidiano, pois, assim os profissionais de diferentes áreas que compõem as equipes multidisciplinares, como prevê a regulamentação, tem a possibilidade de trabalharem em direção à interdisciplinaridade. No contexto dos serviços substitutivos, a atuação de uma equipe interdisciplinar carrega em si a noção de território, de rede e de promoção de cuidado voltada para a autonomia. Ou seja, é um conceito que, para tornar-se operativo requer a compreensão dos demais e vice-versa, revelando o quão complexo podem se configurar os serviços substitutivos.

## **7 AS DIMENSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA COMPREENSÃO SOBRE IDEOLOGIA**

---

Nos capítulos anteriores, trabalhamos duas dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira: a jurídico-política, a partir da análise do processo legislativo decorrente da apresentação do Projeto de Lei 3.657 até a aprovação da Lei n. 10.216; e a técnico-assistencial, pela análise do surgimento e constituição dos serviços substitutivos brasileiros.

Este capítulo tem como objetivo discorrer acerca da maneira como compreendemos a presença da ideologia no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Cabe lembrar que não elegemos uma concepção de ideologia para compor a análise, buscamos, tendo em vista a complexidade do conceito, discorrer acerca das diversas noções apresentadas no capítulo acima. Na análise, as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica foram agrupadas em decorrência da maneira como se delinearam ao longo do trabalho, revelando seu caráter interdependente. Na primeira seção serão apresentadas as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual e, na segunda parte, apresentaremos as dimensões técnico-assistencial e sociocultural.

### **7.1 As dimensões jurídico-política e teórico-conceitual: ciência, ideologia e um consenso dito possível**

No capítulo anterior, intitulado: *A dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: da apresentação do Projeto de Lei 3.657 à constituição de uma condição de cidadania*, apresentamos como se deu o embate político decorrente do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT), em 1989. Nesse momento, tratando novamente da dimensão jurídico-política, voltaremos nosso interesse para a compreensão dos aspectos ideológicos presentes nesse embate, ou seja, de que maneira podemos compreender a presença da ideologia nesse momento do processo reformista.

Tão logo o Projeto de Lei n. 3.657 deu entrada na Câmara dos Deputados, formaram-se duas posições distintas com relação ao mesmo: uma posição de apoio, composta pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que posteriormente se transformou no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA); e uma posição contrária ao projeto, composta pela Federação Brasileira de Hospitais

(FBH) e a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM). Salientamos ainda a posição da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e, também, a de professores e ex-professores de psiquiatria que compunham a ala conservadora do curso de medicina da USP. Seus principais argumentos desfavoráveis ao projeto eram o fato de o mesmo contrariar os princípios técnicos e científicos da psiquiatria, que apontavam o hospital psiquiátrico como espaço necessário para o tratamento dos pacientes, bem como a desassistência gerada pelo seu pretendido fechamento.

Ainda na Câmara dos Deputados, os parlamentares envolvidos com a FBH questionavam se o fechamento dos hospitais era uma proposta exequível, uma vez que este era apontado como a única modalidade válida de tratamento psiquiátrico, cabendo ao setor público garantir recursos necessários para o seu funcionamento terapêutico. Ou seja, em tese o hospital era o estabelecimento ideal para o tratamento, o problema estava no fato de o poder público não investir de maneira adequada nessas instituições. Dessa forma, a iminente ameaça à lucratividade dos hospitais psiquiátricos levou os parlamentares a proporem um primeiro acordo entre as lideranças partidárias: a FBH deveria ser ouvida pelos parlamentares antes da votação do projeto. O acordo foi aceito, sendo o projeto aprovado com algumas modificações e encaminhado ao Senado Federal.

No Senado, o debate se intensificou, sendo o projeto considerado polêmico por envolver duas correntes ideológicas. Foram apresentados vários substitutivos que se desdobravam na apresentação de emendas diversas, além da convocação de audiências públicas para que as partes envolvidas fossem ouvidas, inclusive o Ministério da Saúde que, até final de 1998, ainda não tinha se posicionado com relação ao projeto.

O texto do substitutivo, que deu origem à Lei 10.216, apresentado pelo Senador Sebastião Rocha (PDT), buscou, segundo o Senador, refletir o consenso entre duas perspectivas ideológicas distintas e o governo. Para o Senador, o texto não deveria favorecer nenhuma das duas correntes. Contudo, o Senador argumentou sobre a impossibilidade de manter o acordo, visto que as partes não conseguiam chegar a um entendimento. Mesmo com todas as modificações operadas no texto inicial, Sebastião Rocha foi “acusado”, pelo Senador Lucídio Portella (PPB) – cujos interesses voltavam para a manutenção do aparato manicomial – de privilegiar, em seu texto, a corrente antimanicomial. Porém, após as críticas, Portella votou pela aprovação do substitutivo de Sebastião Rocha.

Esse embate político, oriundo da apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989, nos leva a compreender a ideologia de duas maneiras distintas, mas complementares.



A primeira delas se refere à ideologia como oposição à ciência e, a segunda, à ideologia como uma visão de mundo.

### 7.1.1 Ciência e Ideologia

As posições de apoio e oposição ao projeto se formaram tão logo o mesmo foi apresentado na Câmara dos Deputados, sendo que, em determinado momento da discussão, o embate entre tais posições revelava, por um lado, uma vertente tida como ideológica por estar voltada à proposta de desconstrução do manicômio e questionar os pressupostos teórico-práticos da psiquiatria tradicional e, de outro lado, a psiquiatria tradicional, que afirmava com louvor seu caráter de cientificidade e detinha o domínio da assistência psiquiátrica até o momento da apresentação do projeto.

Para Guareschi (1992), na discussão da relação entre ciência e ideologia, esta se aproxima do que o autor chama de mistificação: um conjunto de distorções da realidade que a encobrem e a obscurecem. Aqui, a noção de ideologia está alinhada à perspectiva marxista de falsa consciência e distorção da realidade. Pensar em falsa consciência ou em ideias distorcidas da realidade nos levaria a presumir a existência de certos critérios para definir o que seriam as ideias corretas sobre a realidade. Nesse sentido, a oposição entre ciência e ideologia diz respeito diretamente à maneira como se conhece a realidade, ou seja, ao processo de produção do conhecimento fazendo emergir o debate epistemológico que envolve o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como nos aponta Amarante (2010), o Movimento da Reforma está inserido em uma fase de transição paradigmática que envolve o questionamento de um modelo de ciência que, através da experimentação, buscava a produção de verdades constituídas por um saber neutro. Emergindo em um contexto de crítica a este paradigma científico e sua racionalidade, o Movimento aponta para uma ruptura com a maneira pela qual o saber psiquiátrico tradicional compreendia a experiência da loucura.

O modelo da racionalidade científica se impôs como modelo global e totalitário a partir do século XVIII e, com rigor e critério, constituiu-se em um modo de produzir verdades. Como aponta Foucault (1979), o laboratório era o lugar privilegiado dessa produção, onde, isolando e esquadrinhando, buscava-se deduzir conclusões acerca do objeto. No método da racionalidade científica moderna, os cálculos e as medições garantiam o rigor científico gerando duas consequências características: a primeira de que conhecer significava quantificar; e a segunda de que conhecer significava simplificar. Ou

seja, por meio do controle e isolamento – que garantiam cientificidade ao método – a racionalidade científica moderna firmou-se na redução da complexidade do objeto.

A racionalidade científica moderna foi incorporada também pela medicina, que transformou, gradativamente, a arte de curar indivíduos doentes em uma disciplina sobre as doenças. É a disciplina que confere caráter médico ao hospital<sup>69</sup>.

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (Foucault, 1979, p. 107).

Para Machado et. al. (1978), o que inaugura a medicina moderna é a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço taxonômico, superficial, da configuração da doença como espécie nosográfica, *para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual* (p. 98).

Portanto, a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar possibilitou a sua medicalização e o constituíram como lócus para produção de verdade sobre o corpo doente. Tornou-se um grande laboratório, no qual o corpo humano, sede das doenças, era objeto do olhar investigativo pelos órgãos, tecidos e sistemas. Essa incessante busca pelas causas da doença tornou-se o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna e a disciplina das doenças foi sua grande contribuição para racionalidade científica. Cabe salientar que no mesmo momento histórico, em que o hospital se organizou como espaço médico – passagem do século XVII para o século XVIII – a loucura tornou-se objeto da medicina, recebendo o estatuto de doença. Assim, com afã de domínio e controle, buscando afirmar-se como um conhecimento científico, a psiquiatria aplicou o modelo da racionalidade moderna ao funcionamento do psiquismo (Yasui, 2006).

Por se caracterizar pela ruptura com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a loucura e a doença mental, a Reforma Psiquiátrica busca restabelecer a complexidade do objeto de conhecimento simplificado pela psiquiatria tradicional. Resgatar a complexidade da loucura, simplificada pela psiquiatria clássica sob o rótulo de doença mental, nos remete

---

<sup>69</sup> Antes do século XVIII, o hospital se configurava como um local de internamento onde se misturavam doentes, loucos, meliantes, prostitutas etc. Era uma espécie de instrumento de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde não se observava a função médica (Foucault, 1979).

à noção de complexidade é trabalhada por Edgar Morin (2003). Para o autor, *complexus*, originariamente, significa aquilo que é tecido junto, que entrelaça. O pensamento complexo é aquele que distingue (não separa) e, ao mesmo tempo, busca reunir. Não é o contrário do pensamento simplificador, ele o integra.

Não se trata de um pensamento que exclui a certeza pela incerteza, que exclui a separação pela inseparabilidade, que exclui a lógica para permitir todas as transgressões. O procedimento consiste, ao contrário, em se fazer uma ida e vinda incessante entre certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. De igual modo se utiliza a lógica clássica e os princípios de identidade, de não-contradição, de dedução, de indução, mas conhece os seus limites, e tem consciência de que, em certos casos, é necessário transgredi-los (Morin, 2003, p. 75).

Para Morin (2003), enquanto o paradigma simplificador – a racionalidade científica moderna – obriga a separar e reduzir, o paradigma da complexidade busca reunir e distinguir. O pensamento complexo não se reduz nem à ciência nem à filosofia, pois é capaz de reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, reconhecer o singular e o individual. Dessa forma, o problema da complexidade tornou-se uma exigência social e política para o pensamento contemporâneo, pois remete à interdependência, interatividade e inter-retroatividade entre o objeto do conhecimento e seu contexto, ou seja, entre as partes, o todo e as partes entre si. Assim, a associação entre unidade e multiplicidade revela um conhecimento multidimensional (e não universalizador) que comporta a incompletude e a incerteza, bem como a desordem e a contradição, descartadas pelos princípios da racionalidade moderna.

Para Boaventura Souza e Santos (1987), essa revolução científica decorrente do questionamento do paradigma da racionalidade moderna se configura como

uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem que ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (p.37).

Retomando a discussão proposta neste capítulo, compreendemos que a visão de uma ciência, objetiva, neutra e a-histórica, produtora de leis gerais, cujo valor de verdade seria garantido pelo método, já não se sustenta mais. Admite-se, hoje, que o conhecimento nunca é inteiramente objetivo, que os valores do cientista podem interferir no seu trabalho e que os critérios que definem o que é ou não ciência variam ao longo da história (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999).

Assim, quando os parlamentares – representando a ABP e os professores e ex-professores ligados a setores conservadores da USP – acusaram o Projeto Paulo Delgado de ferir os princípios da psiquiatria científica e quando argumentaram que a assistência psiquiátrica não poderia ficar atrelada a uma lei de cunho político e ideológico, eles estavam afirmando a superioridade de um determinado conhecimento científico sobre os demais, tomando por base um conceito de ciência calcado no empirismo lógico ou positivismo, fruto da racionalidade científica moderna. Nesse sentido, a acusação de ser ideológico remete à ausência de uma fundamentação real e teoricamente sólida. Esta acusação foi frequentemente utilizada nos séculos XIX e XX, voltada, principalmente para certos movimentos sociais e políticos (Silva & Silva, 2010).

Retomando a discussão sobre ideologia, Guareschi (1992) aponta como a mistificação pode fornecer explicações distorcidas sobre a realidade social: nas explicações individualizantes e psicologizantes de problemas sociais como a miséria e a criminalidade; no fetichismo da mercadoria e do capital, no qual a relação entre produtores se torna relação entre coisas e o capital parece ter poder próprio, independente das condições que permitiram sua existência; e na relação entre o ‘natural’ e o ‘cultural’ em que a realidade social é percebida como única maneira possível de existência, como algo dado, e não como uma construção histórico-social. Assim, a mistificação como distorção da realidade representa relações reais e possui efeitos concretos. A distorção está na compreensão do caráter desses efeitos, na compreensão de suas causas ou determinações.

#### 7.1.2 Disputa ideológica e consenso

Para compreendermos o outro sentido que a ideologia assume na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira vamos nos ater à intenção de que o substitutivo do Senador Sebastião Rocha, que deu origem à Lei da Reforma Psiquiátrica, refletisse um consenso entre duas posições ideológicas e o governo. Cabe salientar que essa intenção foi apontada pelo próprio Senador como uma necessidade, já que as posições ideológicas em questão eram divergentes.

Nesse sentido, podemos compreender a ideologia, como um conjunto de ideias e crenças de determinadas pessoas ou grupos. Para Guareschi (1992), essa é noção mais comum de ideologia: uma cosmovisão contendo valores, normas, noções do que é bom ou mau, justo ou injusto, desejável ou indesejável. Cabe salientar que esta noção foi apontada também por Lenin, se referindo às concepções sobre a realidade social vinculadas aos

interesses de certas classes (Löwy, 1988). Assim, existiria tanto a ideologia da psiquiatria tradicional, biológica, como a ideologia da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática. Guareschi (1992) denomina esta dimensão normativa da ideologia como legitimação.

A legitimação (...) está intimamente ligada à mistificação. Se eu digo que uma coisa é boa, que o capitalismo é um sistema bom, por exemplo, eu posso facilmente justificar que se alguém é pobre, isso se deve a problemas particulares dele. A doutrinação, socialização, propaganda, etc. trabalham, na maioria das vezes, para fortalecer os suportes ideológicos normativos de uma sociedade ou grupo (...) (Guareschi, 1992, p. 197).

Compreendendo que a criação de normas (legitimação) está diretamente ligada à questão dos interesses, Guareschi (1992) aponta três mecanismos para sua produção: os mecanismos inconscientes, revelados pela psicanálise por meio da compreensão das estruturas de personalidade; os mecanismos cognitivos, que envolvem a modificação e o questionamento de determinadas crenças e valores; e as práticas sociais (doutrinação, socialização), através das quais os homens criam sua existência material e reproduzem as relações de dominação, ou transformam as relações sociais e a si mesmo. Assim, quando apontamos o embate entre duas posições ideológicas somos levados a compreender os interesses que sustentam essas posições.

O que estaria em jogo quando os pressupostos científicos positivistas, que são as bases de sustentação do saber psiquiátrico tradicional, biológico, são questionados diante do processo de transformação da produção do conhecimento? O que estaria em jogo quando a psiquiatria tradicional empenha-se em afirmar o manicômio como principal serviço da assistência psiquiátrica? Como apontamos no capítulo referente à dimensão técnico-assistencial, os hospitais psiquiátricos se tornaram um negócio altamente lucrativo. Nesse sentido, com a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado, além da ameaça econômica, a extinção dos manicômios representava, também, a desconstrução daquilo que a psiquiatria buscou para legitimar-se como ciência e a permitiu constituir-se como saber hegemônico sobre a loucura.

A ideia de hegemonia pode ser utilizada em diferentes sentidos e está principalmente ligada a práticas dominativas. Em Gramsci, o termo é utilizado para designar a capacidade de um grupo para exercer o que ele chamou de *liderança moral e intelectual* (Guareschi, 1992, p. 208). Em termos de classe, a hegemonia seria a manutenção, pelas classes dominadas, de ideias e valores de uma classe dominante. Portanto, para alcançar a hegemonia ou para que uma classe se torne hegemônica, seria necessário tanto a dominação política como a ideológica (Coutinho, 2006).

Como uma forma de liderança, a hegemonia revela seu caráter ideológico pelo aspecto moral e intelectual. O aspecto moral refere-se, como apontamos anteriormente, ao caráter normativo da ideologia, capaz de legitimar certos interesses. O aspecto intelectual estaria voltado para o caráter cognitivo da ideologia que envolve a mistificação, ou seja, a forma como alguns aspectos da realidade são percebidos de maneira equivocada. Assim, a combinação desses fatores – liderança moral e intelectual – faz emergir a dimensão do *possível*, do que passa a ser a esfera correta, razoável e realizável de uma determinada situação social. A hegemonia passa a definir, nesse sentido, os limites do que *pode e deve ser* (Guareschi, 1992, p. 209).

Hegemonia (...) não é uma liderança dominadora, baseada na coerção, na força, na imposição. É uma liderança baseada no consenso. Uma classe (...) tem capacidade de liderança (hegemônica) quando pode ligar, de certo modo, os interesses das classes subalternas aos seus próprios interesses, na consecução de um projeto social que ao final irá reproduzir a sua própria posição dominante (Guareschi, 1992, p. 211)<sup>70</sup>.

Nesse sentido, cabe ressaltar que dentro da liderança moral, a ideologia normativa se apresenta de duas maneiras. Primeiramente, como oposição em termos antagônicos. No campo psiquiátrico pensaríamos que a ideologia fundamentada pela antipsiquiatria e pela psiquiatria democrática seria oposta à ideologia da psiquiatria tradicional, ou seja, pensaríamos numa luta ideológica como *confrontação de duas ideologias paradigmáticas* (Guareschi, 1992, p. 210). Outra maneira que a ideologia normativa se apresenta configura uma nova visão de hegemonia, na qual a luta ideológica se dá na apropriação ou reapropriação de determinados elementos dentro de uma matriz específica. Ou seja, mais do que uma luta entre ideologias, trava-se uma luta no campo da ideologia, na qual princípios normativos questionadores da lógica hegemônica são incorporados e ligados a outros elementos ideológico-morais passando a compor os projetos da própria lógica hegemônica (Guareschi, 1992). Dessa forma, o requisito essencial para a luta ideológica torna-se a contra-hegemonia, ou seja, uma articulação das construções normativas que sustente outras práticas sociais e um novo projeto de sociedade.

Com base nos pressupostos de Gramsci sobre a hegemonia, podemos fazer alguns apontamentos acerca da tentativa de consenso no substitutivo de Sebastião Rocha, que deu

---

<sup>70</sup> Cabe salientar que na obtenção do consenso estão em jogo os aparelhos de Estado. Como aponta Althusser (1980) estes podem ser repressivos (exército, tribunais, prisões etc.) ou ideológicos (mídia, igrejas, escolas etc.), mas ambos utilizam, para dominação, a coerção e a ideologia, em maior ou menor grau. Nesse sentido, para a obtenção do consenso há o predomínio das práticas ideológicas sobre as práticas coercitivas, caso contrário, como aponta Coutinho (2006) se estaria em uma ditadura.

origem à Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Como apontamos anteriormente, os opositores do Projeto Paulo Delgado tiveram seus interesses ameaçados diante da apresentação do mesmo. O saber psiquiátrico tradicional, com toda sua base científica, havia se constituído como um saber hegemônico sobre a loucura e a doença mental. Questionamo-nos, nesse sentido, se a tentativa de consenso entre duas posições divergentes não estaria a favor da manutenção da hegemonia da psiquiatria tradicional na assistência psiquiátrica. Lembremos que a proposta inicial contida no projeto voltava-se para extinção dos manicômios como espaço de tratamento, buscando a constituição de uma assistência comunitária que, por conseguinte, garantisse os direitos do paciente. O texto final da lei incorporou os elementos oriundos do Projeto 3.657 e fez da garantia de direitos seu ponto fundamental. Contudo, a estrutura manicomial foi mantida, ainda que enfraquecida devido ao redirecionamento assistencial. Questionamo-nos novamente se, mais que substitutiva, a assistência comunitária não tenha se tornado novamente uma alternativa, que mantém a existência do modelo asilar, como foram os ambulatorios.

Reconhecemos a lei como dispositivo fundamental para a constituição da condição de cidadania do paciente psiquiátrico e como instrumento legítimo, indicativo de mudanças grandiosas do modelo assistencial. Mas, quando pensamos a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo que exige profundas transformações sociais, apontamos seus limites, principalmente quando a comparamos com o projeto inicial de 1989.

Como apontamos acima, a lei 10.216 torna legítima a constituição e o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, que já vinha sendo construído no final da década de 1980 e ao longo da década de 1990. Apontamos, anteriormente, as experiências do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, em São Paulo, e do NAPS em Santos, bem como a elaboração de várias leis estaduais, estimulada pela apresentação do Projeto de Lei de 1989, que orientavam a criação de novos serviços assistenciais. Na secção seguinte, iremos discorrer acerca dos componentes ideológicos presentes na dimensão técnico-assistencial.

## **7.2 As dimensões técnico-assistencial e sociocultural: ideologia, utopia e prática social**

No capítulo anterior, referente à dimensão técnico-assistencial, apresentamos as experiências pioneiras de criação do CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e do NAPS em Santos. Comparando as duas experiências, apontamos as limitações das portarias ministeriais que estruturam e organizam os serviços substitutivos, quanto a uma possível

padronização dessas experiências, empobrecendo o cenário técnico-assistencial (Amarante et. al., 2001).

Elegemos, nesta secção, abordar a questão ideológica a partir da experiência santista, apoiada na perspectiva da desinstitucionalização, uma vez que consideramos a desconstrução do manicômio o caminho para alcançar e fortalecer os ideais reformistas. Como apontamos anteriormente, a experiência santista de atenção psicossocial seguiu a perspectiva da psiquiatria democrática, basagliana, cujo conceito de desinstitucionalização permite questionar as práticas e saberes psiquiátricos tradicionais. Nesse sentido, a desinstitucionalização basagliana propõe uma ruptura não só com psiquiatria, mas também com todas as suas reformas anteriores (Amarante, 1996).

Buscando construir uma política de saúde mental, partindo da desconstrução do manicômio e da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, o projeto santista constituiu-se como um modelo de atenção que levasse à emancipação e à produção de uma nova cultura em relação com a experiência da loucura.

Trata-se de evidenciar que no contexto das políticas públicas locais de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação no hospital psiquiátrico, ou, melhor, que decodifiquem e transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura (Nicácio & Campos, 2004, p. 73).

Nesse momento, interessa-nos retomar os apontamos de Karl Mannheim, especificamente sua distinção dos conceitos de ideologia e utopia. Para Mannheim, a ideologia é o conjunto das ideias, representações e teorias que se orientam para legitimar ou reproduzir a ordem estabelecida. *São todas aquelas doutrinas que têm um certo caráter conservador no sentido amplo da palavra, isto é, consciente ou inconscientemente, voluntária ou involuntariamente, servem à manutenção da ordem estabelecida* (Lowy, 1988, p.13). Já a utopia, é um conjunto de ideias, representações e teorias que almejam outra realidade, ainda inexistente. *Têm, portanto, uma dimensão crítica ou de negação da ordem social existente e se orientam para sua ruptura. Deste modo, as utopias têm uma função subversiva, uma função crítica e, em alguns casos, uma função revolucionária* (Löwy, 1988, p. 13). Mannheim afirma que ideologia e utopia são componentes de um mesmo fenômeno, denominado ideologia total.



O fenômeno da ideologia total se refere a um conjunto estrutural e orgânico de ideias e representações como expressão de interesses sociais vinculados às posições ou classes sociais, que pode ser ideológico ou utópico. Buscando evitar a confusão conceitual e terminológica entre ideologia total e ideologia, Löwy (1988) define o termo *visão social de mundo* (p. 13), para designar o que há de comum entre esses dois fenômenos – ideologia e utopia. *Visões sociais de mundo seriam, portanto, todos aqueles conjuntos estruturados de valores, representações, ideias e orientações cognitivas. Conjuntos esses unificados por uma perspectiva determinada, por um ponto de vista social, de classes sociais determinadas* (p. 13).

Durante o processo de desmontagem do manicômio, em Gorizia/Itália, Basaglia e sua equipe afirmavam que era necessário recusar a legitimação técnica das instituições da violência, revelando à sociedade o real significado do manicômio e criticando teórica e praticamente o discurso ideológico da ciência e a organização social, sobre a qual se sustenta (Basaglia, 1985).

Contudo, para a produção de práticas inovadoras é necessário problematizar a questão do mandato social e do papel dos técnicos nos serviços substitutivos, territoriais. De acordo com Nicácio e Campos (2004), esta questão foi abordada por Franca e Franco Basaglia quando refletem acerca do papel dos técnicos na construção do consenso, na legitimação das ideologias e nas possibilidades de manutenção ou questionamento das instituições.

Nesse sentido, a *utopia prática das liberdades*<sup>71</sup> está diretamente ligada à prática social. Prática que, na vertente da desinstitucionalização, volta-se para *o exercício cotidiano de ruptura com as formas de pensar e agir pautadas na doença como codificação abstrata, de confronto com as leituras reducionistas e de busca de modos diversos de interagir com a complexidade da experiência das pessoas* (Nicácio & Campos, 2004, p. 77).

Pensando utopia e ideologia como práticas sociais, aproximamo-nos de mais uma noção de ideologia, apontada por Guareschi (1992; 2005). Para o autor, a ideologia abrange duas dimensões: uma concreta e outra dinâmica. A primeira está relacionada ao seu próprio conteúdo (crenças, valores e normas), materializado numa instituição como a escola ou a família, por exemplo. A segunda é vista como uma determinada prática, como

---

<sup>71</sup> A expressão é utilizada para descrever a experiência de desconstrução do manicômio em Gorizia e implica em transcender os muros institucionais, produzir novas alianças, comunicar-se com outros sujeitos da sociedade civil e política, construir, de fato, possibilidades de vida na cidade e, sobretudo, arriscar *a liberdade de poder ser de novo cidadão* (Mezzina *et al.*, 1998, p.150 como citado em Nicácio, 2003, p. 130).

modo e estratégia, cuja função é a produção, reprodução ou transformação das experiências na constituição da subjetividade. *Uma prática, uma maneira como as formas simbólicas servem para criar e manter as relações sociais entre as pessoas* (Guareschi, 2005, p. 92).

Assim, quando compreendemos ideologia e utopia como prática social no bojo da Reforma Psiquiátrica brasileira, percebemos uma importante aproximação entre as dimensões técnico-assistencial e sociocultural. Conforme Amarante (2010), a dimensão sociocultural diz respeito à construção de um novo lugar social para a loucura, sendo estratégica para provocar o envolvimento da sociedade na discussão sobre esse tema. Para tal, foi instituído um dia para a comemoração da luta antimanicomial, o dia 18 de maio. Nessa data, ou em datas próximas, ocorrem em todo país diversas atividades culturais, artísticas, políticas e acadêmicas que visam promover o debate e instigar a sociedade à reflexão. Como apontado em capítulo anterior, as várias iniciativas como a composição de blocos carnavalescos, criação de rádios, formação de bandas musicais, grupos teatrais etc., revelam a aproximação entre arte e loucura.

Para Alverga e Dimenstein (2006), pensar a arte e as produções artísticas no contexto da Reforma é refletir sobre sua potencialidade como dispositivo de transformação, mas ao mesmo tempo indagar acerca do seu uso como ferramenta de reprodução e manutenção de práticas de dominação e controle. Em trabalho realizado em um serviço substitutivo de Natal-RN, os autores voltaram seu interesse para a identificação dos *desejos de manicômio* (p. 300) presentes na instituição. Esses desejos se caracterizam como dominação, classificação, hierarquização, repressão e controle. Analisando o acervo fotográfico do serviço, referente às atividades festivas realizadas pelo movimento reformista local, os autores observaram que, como perpassam o tecido social, os desejos de manicômio podem se constituir como força motriz dentro das instituições, estando presentes nas práticas e concepções no campo da saúde mental. Para ilustrar este apontamento, apresentam uma fotografia<sup>72</sup> de uma passeata ou desfile, em que algumas pessoas seguram uma faixa com os dizeres: “Loucura maior é o preconceito”, seguidas por um grupo de pessoas (prováveis usuários) envolto por uma corda de contenção.

Moura (2011) também faz apontamentos relevantes ao tema. Em sua dissertação, intitulada *Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação dos significados sociais da loucura*, a autora questiona se a comemoração do 18 de maio, festa que busca reconstruir a relação entre sociedade e

---

<sup>72</sup> A fotografia encontra-se em anexo.

loucura, afeta a população a ponto de produzir transformações sociais. A partir da participação nas reuniões de organização do evento do ano de 2010, a autora observa que a comemoração do 18 de maio é o evento que mais mobiliza trabalhadores, usuários, familiares e gestores no campo da saúde mental, revelando protagonismo dos usuários por meio das diversas contribuições na organização do mesmo.

Em entrevistas com os espectadores do desfile, foi observado que a maioria não tinha conhecimento do que se tratava, mas um número expressivo de espectadores identificou a finalidade do evento, apesar de desconhecer as nuances do processo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Como hipótese explicativa, a autora aponta a pouca divulgação do movimento antimanicomial e a relação conflituosa entre militância e mídia. Quanto aos significados atribuídos à loucura, o estudo revela a redução da mesma ao estatuto de doença, contudo, sem se associar ao temor e ao perigo. A loucura foi compreendida, também, pela beleza da produção artística e não pelo horror (Moura, 2011).

Nesse sentido, compreendemos que a instituição do dia 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial revela uma conquista importante do processo reformista brasileiro. Contudo, como apresentamos acima, as comemorações e os diversos eventos realizados não assumem, necessariamente, um caráter crítico, transformador, capaz de fomentar a construção de uma nova relação entre sociedade e loucura.

Em *Manicômio Mental – a outra face da clausura*, Peter Páll Pelbart problematiza o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ apontando os riscos dessa utopia se configurar como uma maneira de abolir a diferença e homogeneizar através da relativização da noção de loucura, *como se ela fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente ‘esticado’, através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir* (Pelbart, 1990, p. 134).

Para o autor, não basta destruir ou fechar o manicômio se mantivermos confinada a desrazão. Citando Foucault, Pelbart (1990) aponta que a clausura dos desatinados coincidiu com a criação do racionalismo moderno que decretava a incompatibilidade entre a loucura e o pensamento e, por isso, libertar o pensamento dessa racionalidade é tão urgente quanto libertar as sociedades dos manicômios. *Fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental, isto é, um direito à desrazão (...), mas sem confiná-la àquele cantinho privado e secreto de nosso psiquismo chamado “nossas fantasias”, onde ela costuma dormir inofensiva* (Pelbart, 1990, p.137).

Para Lancetti (1990), o manicômio mental é decorrente da noção de normalidade psiquiátrica justifica, em parte, o fracasso de algumas iniciativas em saúde mental. Além disso, cabe salientar, como aponta Yasui (2006), que a Reforma Psiquiátrica brasileira ao institucionalizar-se fez do Ministério da Saúde seu principal ator, fortalecendo-se como política pública, por um lado, mas, por outro, enfraquecendo-se como movimento social.

Os movimentos sociais, no Brasil, ganharam grande visibilidade entre as décadas de 1960 e 1980, marcando a luta pelas demandas sociais básicas, como saúde, educação e moradia, além da luta contra o regime ditatorial. Nesse sentido, os movimentos sociais surgiram da necessidade de alcançar o que não era garantido pelo Estado e nem pela iniciativa privada, propondo mudanças na vida social para dar conta desses impasses. Assim, revelam uma relação de conflito com o Estado, *estando em constante luta para fazer valer seus direitos enquanto membros de um movimento e como cidadãos* (Vinadé & Guareschi, 2008, s/p).

O final dos 1980 e início dos anos 1990 marcam transformações relevantes no cenário sociopolítico. A ditadura militar – inimigo principal dos movimentos sociais – havia chegado ao fim e, aos poucos, as manifestações de massa foram esmorecendo, cedendo lugar ao associativismo derivado de mobilizações pontuais. Assim, a nova conjuntura política, na década de 1990, revela alterações relevantes na constituição dos movimentos sociais, que passam a se configurar de maneira mais propositiva, menos reivindicativa e mais estratégica (Vinadé & Guareschi, 2008).

Atualmente, os principais movimentos atuam em redes sociais e utilizam as novas tecnologias da comunicação como principal ferramenta para troca de informações. Os movimentos de base político-partidária cedem espaço aos movimentos com demandas universais, mais plurais (Vinadé & Guareschi, 2008).

Quanto à autonomia, os movimentos sociais de hoje, diferentemente daqueles da década de 80, não entendem que ter autonomia é ser contra tudo e todos, dando as costas ao Estado. Ao contrário, acreditam que é preciso exercer a autonomia, sim, mas com projetos estratégicos. Atualmente, torna-se importante ser flexível, saber negociar, aliar a crítica à proposição de novas formas de agir, interferindo nas políticas públicas e apontando caminhos para a construção de uma nova realidade social (Gohn, 2003 como citado em Vinadé & Guareschi, 2008, s/p).

Nesse novo cenário, a capacitação torna-se fundamental, fazendo com que os movimentos sociais invistam cada vez mais na formação de seus militantes. Uma boa representação em fóruns, debates e espaços de negociação torna-se um novo desafio desses movimentos (Vinadé & Guareschi, 2008). O desafio da capacitação é também apontado

por Vasconcelos (2008) ao caracterizar o movimento de usuários dos serviços de saúde mental. Para o autor, esse movimento tende a ser menos autônomo e independente, devido ao fato de se priorizar os grupos e associações mistos de usuários, familiares e técnicos. Dada à ampla condição de pobreza, a ênfase da luta tende a recair sobre os direitos básicos e especiais, diminuindo a força da luta pela igualdade, contra a exclusão e estigmatização da loucura. Percebe-se, nesse movimento, maior dependência dos usuários em relação aos profissionais e especialistas, bem como uma tendência em mobilizar seus membros entre os grupos mais pobres e menos educados, do ponto de vista formal, o que dificulta o aparecimento de lideranças mais articuladas e preparadas para enfrentar os desafios da militância do movimento.

Em artigo que busca problematizar a militância na contemporaneidade, Vinadé e Guareschi (2007) apontam como principais entraves à mobilização social, a relação com os órgãos do Estado e com a mídia, além dos desafios impostos pelo próprio neoliberalismo como o Estado mínimo, que não tem condições de prover qualidade de vida aos cidadãos, o capitalismo, que difunde valores competitivos e individualistas, a cultura do consumo etc.

A militância não se pretende mais a grande salvadora, messiânica, aquela que engendrará os encontros de forma que cheguemos ao grande dia da revolução, onde o final feliz salvará a todos exaustos pela luta. Não. Embora ainda estejamos explorando essas novas possibilidades de militância em meio à liquidez e incerteza que nos engolfa, sabemos, ao menos, que é preciso se deixar afetar, realizar manobras transbordantes e flexíveis para que sigamos colocando em xeque os ditames neoliberais que adestram os corpos e culpabilizam os sujeitos pelos males do mundo contemporâneo (Vinadé & Guareschi, 2007, p. 74).

Assim, salientamos a importância dos movimentos sociais como cenários possíveis para ações críticas e revolucionárias que buscam transformar os modos de organização social. No campo da saúde mental, compreendemos que as cisões e fragmentações identitárias do Movimento da Luta Antimanicomial fragilizam o 18 de maio como estratégia potencial de transformação social. Além disso, como processo institucionalizado, as ações e eventos comemorativos tendem a assumir um caráter puramente formal, esvaziando-se de sentido.

Considerando que as dimensões técnico-assistencial e sociocultural se cruzam de maneira interessante a partir da prática social, entendemos que o caráter transformador do uso da arte no campo da saúde mental, bem como das comemorações e eventos do 18 de maio, está diretamente ligado aos saberes/fazer dos profissionais que atuam nos serviços substitutivos, revelando que a constituição de um serviço flexível, aberto, voltado para as

singularidades dos usuários produzirá trocas sociais significativas, potencializando ações transformadoras. Por outro lado, serviços altamente burocráticos, hierarquizados, no qual um saber se sobreponha aos demais e onde o usuário seja visto como um diagnóstico produzirão trocas frágeis e tenderão ao fechamento.

Retomamos aqui as duas acepções de ideologia que elegemos para discutir nessas dimensões: a primeira, apoiada no fenômeno da ideologia total de Mannheim, nos remete à ideia de utopia como forma de buscar o novo. Novos serviços assistenciais, novas formas de lidar com a loucura. Em sua entrevista, Pedro Gabriel Delgado nos aponta que a criação dos CAPS foi a estratégia brasileira para a Reforma, sendo necessário, atualmente, resgatar seu caráter utópico, pois não se faz CAPS se não se acreditar numa utopia. Criar, produzir, inovar, dar forma... A ideia de fazer CAPS nos remete a uma busca cotidiana, intrínseca à nossa prática; a segunda, ao retomar, respectivamente, as ideias de Therborn (1980) e Thompson (1995), Guareschi (2005) apresenta a ideologia em seu aspecto dinâmico, como uma maneira de se criar e manter relações, sejam elas de que tipos forem, e como uma prática, capaz de criar ou manter relações assimétricas e desiguais. No campo da saúde mental, a partir do resgate utópico dos serviços substitutivos, interessa-nos pensar a acepção de Thompson (1995), questionando-nos se nossas práticas perpetuam relações de desigualdade. Essa concepção de ideologia *nos obriga a examinar as maneiras como as relações sociais são criadas e sustentadas por formas simbólicas que circulam na vida social, aprisionando as pessoas e orientando-as para certas direções* (Guareschi, 2005, p. 95).

As formas simbólicas são entendidas como ações, falas, imagens e textos produzidos e reconhecidos por conter um significado. O uso das formas simbólicas leva à compreensão de dois conceitos importantes: poder, definido como a capacidade de produzir algo, capacidade específica de cada prática; e a dominação, uma relação em que há expropriação de poder de uma pessoa sobre a outra, gerando relações desiguais.

Nesse sentido, pensar nossa prática no campo da saúde mental, é pensar sobre nosso mandato social, como aponta Basaglia, é pensar sobre o lugar de poder que ocupamos, o qual implica em nossa capacidade prática. Queremos uma prática que fortaleça o CAPS como utopia, que provoque rupturas, que subverta a ordem instaurada ou uma prática que legitime as relações de dominação existentes, que perpetuem a estigmatização, a exclusão e a homogeneização?

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONQUISTAS E DESAFIOS**

---

Sem intenção de concluir, haja vista a fecundidade do tema deste estudo propomos, neste momento, resgatar o que apresentamos, apontando as conquistas e os desafios que ainda se colocam no cenário reformista brasileiro.

No capítulo inicial, nos detivemos em apresentar as principais reformas da psiquiatria, acentuando o caráter de ruptura da psiquiatria democrática na vertente da desinstitucionalização. A caracterização das dimensões da Reforma, no capítulo seguinte, bem como do conceito de ideologia, no quarto capítulo, subsidiaram a análise dos componentes ideológicos do Movimento no capítulo final.

A utilização da pesquisa bibliográfica/documental como recurso metodológico permitiu a análise de documentos de origem diversa, tendo a entrevista se configurado como um documento chave que delineou o contorno dos dois capítulos seguintes. No capítulo referente à dimensão jurídico-política, descrevemos o embate travado no Congresso Nacional desde a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado. Salientamos, nesse momento, a participação dos principais atores envolvidos na discussão, apontando seus interesses na aprovação ou rejeição do projeto. Após tanto tempo em tramitação apresentamos a Lei 10.216, ressaltando seu caráter conservador no que diz respeito à transformação da assistência psiquiátrica, se comparada à proposta inicial. Contudo, reconhecemos seu avanço em termos da conquista de direitos por parte de pacientes psiquiátricos e usuários dos serviços de saúde mental.

Iniciamos o capítulo referente à dimensão técnico-assistencial a partir das iniciativas de criação de serviços considerados pioneiros no cenário assistencial. O debate político, iniciado no início dos anos 1990, fomentou a elaboração de várias portarias ministeriais que orientavam e estruturavam novos serviços. Após apresentarmos as experiências mais significativas: o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, em São Paulo, e os NAPS, em Santos, nos detivemos na discussão acerca de uma possível homogeneização desses serviços a partir da Portaria 336/02, que passa adotar a denominação CAPS para todos os serviços substitutivos. A partir da experiência de estágio da qual pude participar, em um desses serviços, levantamos os principais desafios para sua constituição como serviços verdadeiramente substitutivos: o financiamento e gestão e a política de recursos humanos. Nesse momento, apresentamos uma discussão acerca dos principais conceitos que operam, ou deveriam operar nesses serviços: interdisciplinaridade, trabalho em equipe, território, rede, cuidado e autonomia.

Pensando nos aspectos ideológicos do Movimento, agrupamos as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual, visto que no embate político, a dicotomia ciência/ideologia serviu de argumento por aqueles contrários à aprovação do projeto. Nesse embate, chamou-nos atenção a constante tentativa de consenso entre as partes envolvidas que travaram uma verdadeira luta ideológica pela aprovação ou rejeição do projeto. Aqui, apontamos uma primeira limitação deste estudo, não nos detivemos na compreensão da posição do Estado, via Ministério da Saúde, nesse debate, em alguns momentos o Estado foi colocado pelos parlamentares como uma terceira corrente, distinta das outras duas, contudo, percebemos, também, o Estado como mediador da luta entre as duas posições tentando assumir uma questionável posição de neutralidade.

Agrupamos a dimensão sociocultural à dimensão técnico-assistencial, tendo em vista o entendimento de que o fazer cotidiano no (e pelo) serviço substitutivo, comprometido com os ideais da Reforma, seja capaz de fomentar práticas sociais que permitam transformações na relação entre sociedade e loucura. Na busca pela constituição de serviços verdadeiramente substitutivos e não apenas alternativos, como se constituíram os ambulatorios, apresentamos a discussão acerca da ideia de utopia, como forma de ruptura com práticas e saberes geradores de estigma, exclusão e isolamento, ou seja, com o arcabouço teórico-prático da psiquiatria tradicional, biológica, que se constituiu, por séculos, como saber hegemônico sobre a loucura. Assim, resgatamos a discussão acerca dos movimentos sociais, apontando importância da Reforma fortalecer-se, novamente, enquanto Movimento. Nesse sentido, salientamos mais uma limitação deste estudo, uma vez que não nos detivemos com profundidade na compreensão da ideologia neoliberal como forma de organização social. Apenas apontamos seu êxito em enfraquecer e fragmentar a mobilização e a constituição de movimentos sociais.

Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política pública, o que é uma conquista inegável. Contudo, apontamos que a busca pelo consenso, nessa consolidação, permitiu – o que era desejo de alguns parlamentares e atores envolvidos na discussão –, a consolidação de um sistema de assistência híbrido. Híbrido na lei, que manteve o modelo asilar de assistência apesar de priorizar o atendimento comunitário; híbrido nos serviços, onde as práticas desinstitucionalizantes concorrem e, muitas vezes, cedem espaços às práticas tutelares, sustentadas pelo enraizamento no tecido social dos conceitos de periculosidade e incapacidade que, embora obsoletos legitimam, ainda, a existência de espaços de exclusão como espaços de tratamento.



A diminuição dos leitos psiquiátricos em instituições asilares e a expansão da rede CAPS configuram-se como um importante indicador de que, dentro desse sistema híbrido de assistência, os ideais reformistas tem superado, de alguma maneira, os ideais da psiquiatria tradicional. O aumento do número de CAPS permitiu a superação do desafio do acesso da população a este serviço, desafio colocado por Delgado, em 2001. Porém, como nos lembra Amarante (2008), a Reforma Psiquiátrica não se resume à criação de serviços, ela requer uma transformação mais ampla, a transformação da relação entre sociedade e loucura.

Nesse sentido, apontamos esta transformação como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, na atualidade. Compreendemos as conquistas na dimensão sociocultural como a consolidação de eventos, grupos musicais e teatrais que promovem reflexão, debate e questionamentos acerca da loucura e doença mental. Porém, queremos chamar a atenção para o caráter transformador que os CAPS podem assumir ao se configurarem como um serviço territorial.

O desafio da sustentabilidade dos CAPS, colocado por nosso entrevistado, além de envolver as questões políticas e de gestão, volta-se também para a questão da qualidade. A fragilidade de muitos serviços que não se configuram, ainda, como serviços territoriais impede ou enfraquece seu poder de transformação, seu poder de transformar a relação entre loucura e sociedade. É preciso recuperar a utopia dos CAPS, é preciso, como aponta Delgado, que a utopia prevaleça sobre o discurso técnico e burocrático do SUS.

As utopias dizem de um horizonte a ser alcançado, de uma busca constante que permite o movimento e impede a inércia. Resgatar o caráter utópico dos CAPS diz respeito à compreensão das contradições e fragilidades como fator essencial de reflexão, diálogo, mudança, permitindo que teoria e prática configurem-se como práxis, como atividade produzida e produtora da existência social. Por isso, compreendemos a relação estreita entre o funcionamento dos serviços substitutivos, territoriais e a transformação da relação entre loucura e sociedade, um dos ideais do movimento reformista no Brasil.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Althusser, L. (1980). *Ideologia e aparelhos ideológicos do estado*. (3a ed.). Lisboa: Presença.

Alverga, A. R.; Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: P. AMARANTE (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU.

Alverga, A. R.; Dimenstein, M. (2006). A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10/20, 299-316.

Alves, D. S.; Guljor, A. P. (2004). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro; R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec.

Alves-Mazzotti, A. J.; Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Thomson.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amarante, P. (2005). Apresentação. In: Basaglia, F. *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (J. A. D. Melo, Trad.). Rio de Janeiro, Garamond.

Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(1) (CD-ROM).

Amarante, P. (2010). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: 30 anos transformando a sociedade e construindo cidadania. In: Melo, W.; Lopes, F. M.; Marchiori, M. T.; Martins, A. G.; Mattos, D. R.; Silveira, M. A.; Moreira, N. Q.; Oliveira. (Orgs.). *Quando acabar o maluco sou eu*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud.

Amarante, P.; Torre, E. H. G.; Cruz, L. B.; Vêras, M. P. T.; Lima, S. C.; Oliveira, W. S. (2001). Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo, & H. de B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*, 51-63. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ.

Amarante, P.; Yasui, S. (2003) *Avanço e retrocesso na Reforma Psiquiátrica: notas para refletir a Lei 10.216*. [Mimeo]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.

Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29.

Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa*. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. (2a ed.). São Paulo: Brasil Debates.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada – Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

Basaglia, F. (2005) Carta de Nova York – o doente artificial. In: Amarante, P. (Org.) Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond.

Bezerra Jr., B. (2011). Os sentidos da arte da atenção à saúde mental: considerações sobre o cenário pós-manicomial. In.: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud.

Birman, J. (1992) A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Jr., B; Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará.

Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade – A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Birman, J.; Costa, J. F. (1994). Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Boff, L. (2002). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.

Boni, V.; Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em tese - Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1(3)), 68-80. Recuperado em 15 novembro, 2002 de <http://www.journal.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>

Brandão, Z. (2000). Entre questionários e entrevistas. In: Nogueira, M. A.; Romanelli, G.; Zago, N. (orgs.). *Família & escola*. Rio de Janeiro: Vozes.

Britto, R. C. (2004). A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Câmara dos Deputados (1989, setembro 29). República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, ano XLIV, n. 127. Brasília, DF. Recuperado em 15 dezembro, 2013 de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D29SET1989.pdf#page=30>

Câmara dos Deputados (1990, junho 27). República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, ano XLV, n. 76. Brasília, DF. Recuperado em 21 de dezembro, 2012, de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D27JUN1990.pdf#page=16>

Câmara dos Deputados (1990, junho 30). República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, ano XLV, n. 79. Brasília, DF. Recuperado em 21 dezembro, 2012, de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD30JUN1990.pdf#page=78>

Câmara dos Deputados (1990, dezembro 12). República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, ano XLV, n. 169. Brasília, DF. Recuperado em 21 dezembro, 2012, de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD12DEZ1990.pdf#page=76>

Câmara dos Deputados (1990, dezembro 15). República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, ano XLV, n. 172. Brasília, DF. Recuperado em 21 dezembro, 2012, de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>

Câmara dos Deputados. (2001, março 28). República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano LIV, n. 039. Brasília, DF. Recuperado em 21 dezembro, 2012, de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD28MAR2001.pdf#page=167>

Campos, G. W. de S. (1997). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. (2. ed.) São Paulo: Hucitec.

Campos, F. C. B. (2000). *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Canguçu, D. F.; Valle, C. B. (2013). Sobre o Caps Itapeva. *Boletim Online*, 24(s/n). Recuperado em 07 março, 2013 de [http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b\\_visor&pub=24&ordem=6](http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&pub=24&ordem=6).

Castelo Branco, G. Michel Foucault e a anti-psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 3(6), 1-15.

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro de alienismo*. (M. T. C. Albuquerque, Trad.). Rio de Janeiro: Graal. (Obra original publicada em 1978).

Castro, U. R. (2009). A Reforma Psiquiátrica e o nascimento dos Caps. In: Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias e velhas práticas. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In R. Pinheiro; R. A. Mattos (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Cecílio, L. C. de O. (2004). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In Brasil. Ministério da Saúde. *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: MS.

Cervo, A. L.; Bervian, P. A. (1983). *Metodologia científica*. (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Cézar, M. A.; Coelho, M. P.; Melo, W. (2011). O cotidiano dos serviços substitutivos e suas contradições. *Anais do I Encontro de Pesquisadores em História da Saúde Mental*, Florianópolis, SC, Brasil, 4 e 5.

Chauí, M. (1987). *O que é ideologia*. (25a ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.

Chauí, M. (2007). *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. (12a ed.). São Paulo: Cortez.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Texto consolidado até a emenda constitucional nº42 de 19 de dezembro de 2003*. Brasília. Recuperado em 25 fevereiro, 2014 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm).

Cooper, D. (1973). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.

Coutinho, C. N. (2006). O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: Lima, J. C. F. & Neves, L. M. W. (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Crochik, J. L. (1990). A personalidade narcisista segundo a Escola de Frankfurt e a ideologia da racionalidade tecnológica. *Psicologia-USP*, 1(2), 141-154.

Czeresnia, D. (2003). Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Recuperado em 29 outubro, 2014 de [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tt\\_as\\_02\\_dczeresnia\\_acoespromocaosaude.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tt_as_02_dczeresnia_acoespromocaosaude.pdf)

*Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934*. (1934). Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas. Recuperado em 25 fevereiro, 2014 de <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>

*Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011*. (2011). Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado em 11 março, 2014 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)

*Decreto-Lei n. 7.055 de 18 de novembro de 1944*. (1944). Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Recuperado em 25 fevereiro, 2014 de, <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7055-18-novembro-1944-453631-publicacaooriginal-1-pe.html>

Delacampagne, C. (2004). A contestação antipsiquiátrica. (J. Gordon; M. A. C. Bichara, Trad.). *Mental*, 2(2), 27-34. (Obra original publicada em 2000). Recuperado em 04 janeiro, 2013 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v2n2/v2n2a03.pdf>

- Delgado, P. G. (1992). *As Razões da Tutela: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Delgado, P. G. (1999). Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB (UFRJ)*, 14, 113-121.
- Delgado, P. G. (2006). *CAPS 1000: um marco da consolidação da rede de atenção psicossocial*. Brasília: Coordenação de Saúde Mental.
- Delgado, P. G. (2011). Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121.
- Devera, D.; Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.
- Di Renzo, R. (2011). Arte e saúde mental: um episódio. In.: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud, 151-153.
- Duarte, M. N. (1996). *Ares e luzes para mentes obscuras. O Caso do Hospital Colônia de Barbacena. 1922-1946*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Duarte, M. N. (2009). *De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano”. Concepções e práticas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso*. Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
- Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, s/v(115), 139-154.
- Duarte, M. N.; Passos, I. C. F. (2009). Barbacena: “Terra dos Bias e dos Andradas”, “Cidade dos loucos” e “Cidade das rosas”. In: I. C. F. Passos. *Loucura e Sociedade. Discurso, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm, pp.121-136.
- Eagleton, T. (1997). *Ideologia. Uma introdução*. (L. C. B. S. Viera, Trad.). São Paulo: UNESP/Boitempo. (Obra original publicada em 1991).
- Engel, M. G. (1999). As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 3(s/n), 547- 563.
- Ferreira, A. B. H. (1997). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 44-55.
- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: CODECRI.

Fleury-Teixeira, P.; Vaz, F. A. C.; Campos, F. C. C.; Álvares, J.; Aguiar, R. A. T.; Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-2122.

Fortuna, C. M.; Mishima, S. M.; Matumoto, S.; Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(2), 262-268.

Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Franco, T. B. (2003). *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP, Brasil.

Freire, F. H. M. A. (2012). *Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Gabriel, G.; Teixeira, J. A. C. (2007). Ronald D. Laing: a política da psicopatologia. *Análise Psicológica*, 25(4), 661-673.

Gallio, G.; Constantino, M. (1993). François Tosquelles. A escola de liberdade. In.: A. Lancetti (Org.). *Saúde Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 85-128.

Gentil Filho, V. (1999a). A Lei Delgado e o futuro da assistência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), p.5.

Gentil Filho, V. (1999b). Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”. *Revista da USP: Psiquiatria e Saúde Mental*, 43(s/n), 6-24.

Gentil Filho, V. (2001). Projeto Delgado, Substitutivo Rocha, ou uma lei melhor? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 1-2.

Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.

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

Goldberg, J. (1994). *Clinica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te corá.

Guareschi, P. A. (1992). *Sociologia da Prática Social*. Classe, Estado e ideologia em diálogo com Erick Wright. Petrópolis: Vozes.

Guareschi, P. A. (2005). Ideologia. In: Jacques, M. G. C.; Strey, M. N.; Bernardes, N. M. G.; Guareschi, P. A.; Carlos, S. A.; Fonseca, T. M. G. *Psicologia social contemporânea*. Livro texto (9a ed.). Petrópolis: Vozes.

Jones, M. (1972). *A comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes.

Jorge, M. A. S. (1997). A construção do saber psiquiátrico. In: Jorge, M. A. S. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRU, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 03 janeiro, 2013, de [http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00006302&lng=pt&](http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&)

Jorge, M. R.; França, J. M. F. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Editorial)*, 23(1), 3-6.

Kinoshita, R. T. (2010). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (3a ed.) São Paulo: Hucitec.

Laing, R. (1982). *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1991). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.

Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: Lancetti, A. (org.). *Saúde loucura 1*. São Paulo: HUCITEC.

Lancetti, A. (1990). Loucura metódica. In: A. Lancetti (Org.). *Saúde Loucura 2*. São Paulo: Hucitec.

Lara, A. F. L. (2006). A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. *Psicologia USP* 17(1), 35-52.

*Lei n. 9.867 de 10 de novembro de 1999*. (1999). Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. Recuperado em 20 dezembro, 2012, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9867.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm)

*Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 30 setembro, 2012, de [www.jusbrasil.com.br/legislacao/100810/lei-10216-01](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/100810/lei-10216-01)

Lima, J. C. S.; Peret, J. R.; Penello, L. M.; Vaissmar, M.; Comde, M. V. F. ; Rabacov, M.; Coser, O. A.; Amarante, P., Silva, P. (1980). A psiquiatria no âmbito da previdência social. *Saúde em Debate*, s/v(10), 45-48.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M. (2003). Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: Conselho Federal de Psicologia (Orgs.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 20-30.

Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 4590-4602.

Löwy, M. (1988). *Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista*. (4a ed.). São Paulo: Cortez.



- Luzio, C. A.; L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(10), 281-98.
- Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; Muricy, K. (1978). *Danação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marchewka, T. M. N. (2003). As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Revista de Direito UPIS*, (1)1, 97-111.
- Mattoso, J. E. L. (1995). *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Página Aberta / Escrita.
- Medici, A. (2002). Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: S.F. Piola; S. M. Vianna (Orgs.). *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA.
- Mello, C. G. (1977). A Irracionalidade da Privatização da Medicina Previdenciária. *Saúde em Debate*, 3(s/n), 8-15.
- Melo, W. (2011). O efeito dominó: a relação entre a obra de Nise da Silveira e a arte concreta no Brasil. In: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud.
- Melo, W. (2012). As regiões de fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre saúde e cultura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 211-222.
- Melo, W. (2013). *Oswaldo dos Santos. (Memória do Saber)*. Rio de Janeiro: Miguel de Cervantes.
- Melo, W. (2010). Nise da Silveira, Antonin Artaud e Rubens Corrêa: Fronteiras da Arte e da Saúde Mental. *Gerai's: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 182-191.
- Mendes Gonçalves, R. B. (1993). *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.
- Merhy, E. E.; Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Minayo, M. C. (1994). *O desafio do conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Minayo, M. C. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (30a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (1992). *Programa de Atenção em Saúde Mental: Proposta da Federação Brasileira de Hospitais*. II Conferência Nacional de Saúde Mental. A reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil: modelo assistencial direito a cidadania.

Recuperado em 04 fevereiro, 2014, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208iicnsmr.pdf>

Ministério da Saúde (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Recuperado em 25 fevereiro, 2014, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)

Ministério da Saúde (2002). *Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica*. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Recuperado em 18 março, 2014 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf)

Morin, E. (2003). A necessidade de um pensamento complexo. In: C. Mendes (Org.), *Representação e Complexidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 69-78.

Moura, R. M. B. (2011). *Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação dos significados sociais da loucura*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1997). Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial - 1995. In: Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região. *Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio*. São Paulo.

Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1999). *Relatório do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: novas formas de produção de sentido – 1999*. Paripueira: Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas.

Nicácio, M. F. S. (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Nicácio, M. F. S. (2003). *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Nicácio, F.; Campos, G. W. S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81.

Olivetti, N. (2000). Processo legislativo. In: N. Bobbio; N. Matteuci; G. Paquino. *Dicionário de política*. Editora da Universidade de Brasília. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.

Onocko-Campos, R. T.; Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. S. Campos; M. C. S. Minayo; M. Akerman; M. Drumond Júnior; Y. M. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro:Hucitec/Fiocruz.

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental – nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 11 março, 2014 de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

Osório, F. C. (2006). *Inimputabilidade: estudo dos internos de um instituto psiquiátrico forense*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Passos, I. C. F. (2012). Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 21-32.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.

Peduzzi, M. (2009). Trabalho em equipe. Dicionário da educação profissional em saúde. Recuperado em 29 janeiro, 2013, de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>

Peduzzi M.; Schraiber, L. B. (2009). Processo de trabalho em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Recuperado em 29 janeiro, 2013, de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

Pelbart, P. P. (1990). Manicômio Mental – a outra face da clausura. In.: A. Lancetti (Org.). *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec.

Pereira, C. R. (2004). *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Pereira, M. E. C. (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, 11(3), 490-496.

Peres, M. F. T.; Nery Filho, A. (2002). A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(2), 335-55.

Pires, D. E. (2009). *Precarização do Trabalho em Saúde*. Recuperado em 18 março, 2014 de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>.

Pitta, A.; Dallari, S. G. (1992) A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. In: *Saúde em Debate*, s/v(36), 19-23.

*Portaria n. 189 de 19 de novembro de 1991*. (1991). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área da Saúde Mental. Recuperado em 11 março, 2014 de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>

*Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992* (1992). Estabelece as diretrizes para a organização dos serviços em saúde mental. Recuperado em 13 julho, 2012, de <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>

*Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. (2002). Regulamenta o funcionamento e estrutura dos CAPS. Recuperado em 13 julho, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

*Portaria n. 189 de 20 de março de 2002*. (2002). Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS, procedimentos realizados nos Caps. Recuperado em 11 março, 2014 de <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>

*Portaria n. 245 de 17 de fevereiro de 2005*. (2005). Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Recuperado em 11 março, 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-245.htm>

*Portaria n. 1.174 de 7 de julho de 2005*. (2005). Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Recuperado em 11 março, 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>

*Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 31 março, 2014 de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

*Portaria n. 3.089 de 23 de dezembro de 2011*. (2011). Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Recuperado em 11 março, 2014 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011.html)

*Portaria n. 130 de 26 de janeiro de 2012*. (2012). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Recuperado em 11 março, 2014 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

*Projeto de Lei n. 3.657 de 1989*. (1989). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a interação psiquiátrica compulsória. Recuperado em 20 dezembro, 2012, de <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=10>

Portocarrero, V. (2002). *Arquivos de loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (orgs.). *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. (7a ed.). Petrópolis: Vozes.

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In: F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC.

Rotelli, F.; Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil. In: Bezerra Jr.; Amarante, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Relume-Dumará.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In: F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC.

Sales, A. L. L. F.; Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(4), 812-827.

Salvador, A. D. (1986). *Metodologia e técnicas de pesquisa bibliográfica*. (11a ed.). Porto Alegre: Sulina.

Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Ed. Afrontamento.

Santos, M. (2002). *O País Distorcido. O Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha.

Senado Federal (1991). *Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal*. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais, 159-165.

Senado Federal (1991, maio 1). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 15, nº 5*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1991/1991%20Livro%2005.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1991/1991%20Livro%2005.pdf)

Senado Federal (1991, setembro 26). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 15, nº 13*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1991/1991%20Livro%2013.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1991/1991%20Livro%2013.pdf)

Senado Federal (1995, dezembro 13). Parecer nº 896, de 1995 da Comissão de Assuntos Sociais sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*, 13 de dezembro de 1995, pp.5507-5519.

Senado Federal (1996, fevereiro 23). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 20, nº 3*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1996/1996%20Livro%2003.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1996/1996%20Livro%2003.pdf)

Senado Federal (1997, janeiro 16). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 21, nº 1*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1997/1997%20Livro%2001.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1997/1997%20Livro%2001.pdf)

Senado Federal (1998, novembro 26). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 22, nº 23*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1998/1998%20Livro%2023.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1998/1998%20Livro%2023.pdf)

Senado Federal (1998, dezembro 14). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 22, nº 25*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1998/1998%20Livro%2025.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1998/1998%20Livro%2025.pdf)

Senado Federal (1998, dezembro 15). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 22, nº 25*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1998/1998%20Livro%2025.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1998/1998%20Livro%2025.pdf)

Senado Federal (1999, janeiro 13). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 23, nº1*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1999/1999%20Livro%2001.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1999/1999%20Livro%2001.pdf)

Senado Federal (1999, janeiro 21). Diário do Congresso Nacional. *Anais do Senado Federal – volume 23, nº2*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais\\_Republica/1999/1999%20Livro%2002.pdf](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/pdf/Anais_Republica/1999/1999%20Livro%2002.pdf)

Silva, F. C. T. (2000). Brasil, em direção ao século XXI. In: M.Y.Linhares (Org.). *História geral do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus.

Silva, K. V.; Silva, M. H. (2010). *Dicionário de conceitos históricos*. (3a ed.). São Paulo: Contexto.

Silva, M. V. (2003). O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silveira, D. P.; Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e pesquisas em Psicologia – UERJ*, 5(1), 92-101.

Schmidt, M. B.; Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, 12(1), 130-140.

Souza, W. S. (1999). *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991 - 1997)*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Thompson, J. B. (2002). *Ideologia e cultura moderna*. Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. (6a ed.). (P. A. Guareschi, Trad.) Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1995).

Torre, E. H. G.; Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85.

Vasconcelos, E. M. (1997). Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. *Cadernos do IPUB*, s/v(7), 19-40.

Vasconcelos, E. M. (2004). As complexas e heterogêneas tradições históricas, teóricas e culturais que sustentam os ideais contemporâneos de *empowerment*. In: G. Ferreira; L. A. Baptista; W. Melo (Orgs.). *Dialética dos movimentos sociais no Brasil: por que a Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: EncantArte.

Vidal, V. (2011). Cancioneiros do IPUB. In.: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud, 192-197.

Vieira, M. (2009). *Recursos Humanos em Saúde*. Recuperado em 18 março, 2014 de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>

Vinadé, T.; Guareschi, P. (2007). Inventando a contra-mola que resiste: um estudo sobre a militância na contemporaneidade. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 68-75.

Vinadé, T.; Guareschi, P. (2008). Possibilidades militantes na liquidez contemporânea. *Psicologia Política* 14 (7), s/p.

Wanderley, L. Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado. In.: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud, 199-200.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Yasui, S. (2010). *A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”*. Recuperado em 19 dezembro, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>

Xisto, V. (2011). “Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, pirado, pirou!”: desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. In.: W. Melo; A. P. Ferreira (Orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Terapêutico Antonin Artaud, 181-191.

Zambenedetti G.; Silva, R. A. N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.