

Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização

A brief history of the movement for psychiatric reform in Brazil contextualizing the concept of deinstitutionalization

Walter Ferreira de Oliveira¹, Cristina dos Santos Padilha², Cristiane Molina de Oliveira³

¹ Ph.D Social and Philosophical Foundations of Education Program, University of Minnesota – Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos. Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. walter@ccs.ufsc.br

² Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC – Florianópolis (SC), Brasil. padilha.psico@gmail.com

³ Especialista em Equipe Multidisciplinar em Saúde da Família pela UFSC - Florianópolis (SC), Brasil. cristiane.molinas@yahoo.com.br

RESUMO Este artigo contextualiza o conceito de desinstitucionalização como proposta de pauta na agenda dos movimentos pela reforma da atenção em saúde mental, reforma crucial para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta breve histórico do movimento de reforma psiquiátrica e análise sucinta do conceito de desinstitucionalização. A desinstitucionalização é um processo social complexo, proponente de mudanças sociais e culturais, que não pode ser confundido com a mera desospitalização. A reforma do modelo de atenção em saúde mental pauta-se pela promoção da inclusão social, da conscientização e da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Reforma Sanitária; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Desinstitucionalização.

ABSTRACT The authors contextualize the concept of deinstitutionalization in the agenda for the Brazilian mental health reform and for the advancement of the National Health System (SUS). A brief historical account of the movement for psychiatric reform is presented as well as a succinct analysis of the concept of deinstitutionalization. Deinstitutionalization is a complex social process proponent of social transformation and cultural change, which cannot be confused with mere dehospitalization. The reform of the model of psychiatric is guided by promoting social inclusion, awareness and citizenship.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Health Reform; Mental Health; Unified Health System; Deinstitutionalization.

Introdução

Em 2008, completamos 30 anos de um conjunto de movimentos, que se costuma denominar, de maneira geral, de Movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil. Esse conjunto de movimentos, que tem como objetivo a reforma do modelo de atenção e cuidados em saúde mental, iniciou-se com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e hoje tem diversas denominações, muitas faces, uma enorme variedade de formas de existência e a mais ampla polifonia. O Movimento de Reforma Psiquiátrica origina-se com as lutas democráticas, as lutas contra a opressão e a violência da ditadura militar e tem hoje, perante si, enormes desafios.

Alguns desses desafios encontram-se no próprio ambiente interno da reforma, como o perigo de manutenção de orientações tradicionais travestidas de ações reformadoras (BRESOLA, 2004; FRANCHINI, 2003). Outros se relacionam com a inserção do subsistema de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica na quebra de um histórico isolamento dos atores e dispositivos da atenção à saúde mental em relação ao sistema como um todo (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006). Outros, ainda, que já eram previstos no contexto estratégico da RP, incluem os avanços de movimentos contrários a essa, que se pautam pela reação contra um novo olhar e um novo lugar social para a loucura e contra a concretização de um novo paradigma para a atuação do sistema de saúde frente ao fenômeno psíquico (TEIXEIRA, 2005; COSTA, 2003).

Uma bandeira de luta comum nesses movimentos de reação contra a RP é a manutenção de um modelo de atenção e cuidado centrado no hospital psiquiátrico, no médico psiquiatra e na medicalização, e promotor da exclusão, da dependência e da institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. Desinstitucionalização constitui-se em um conceito, um conjunto de ideias e procedimentos que se contrapõem a esse modelo, a que chamamos de manicomial (OLIVEIRA, 2009; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Este artigo contextualiza o conceito de desinstitucionalização como orientador de práticas essenciais à concretização das propostas da RP brasileira e à sua convergência com o Movimento da Reforma Sanitária (RS). Além de uma reflexão sobre o conceito de

desinstitucionalização, a partir de algumas referências utilizadas no contexto da RP, realiza-se uma pequena análise de alguns obstáculos e resistências que vêm sendo encontrados na implementação de processos de desinstitucionalização.

Breve história do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil

O movimento por uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica emerge, no Brasil, no bojo das lutas dos trabalhadores de saúde frente à ditadura militar. Encontram-se, entre seus precursores, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que lançou a revista 'Saúde em Debate', a primeira publicação independente em saúde pública no Brasil, e que propiciou um amplo debate sobre as 'práticas críticas' (como eram chamadas), formas transformadoras de pensar, cuidar e intervir na saúde da população; e o Movimento de Renovação Médica (REME) que teve como objetivo ocupar os sindicatos e demais entidades de classe que estavam sob intervenção ou dominados por sindicalistas pelegos (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004). O REME abriu-se às demais categorias da área da saúde, formando o núcleo do que seria conhecido como Plenária da Saúde, que teve papel fundamental na organização política do setor nos primeiros anos do SUS.

O REME propiciou ampla mobilização no campo sindical que, em curto espaço de tempo, deixou de se voltar apenas para questões corporativas e assumiu um importante papel na reformulação do setor da saúde brasileira, com expressiva mobilização para a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a formulação e aprovação do SUS na Constituição de 1988. Com o CEBES e o REME engajados nos movimentos contra a ditadura, o setor saúde começava a ser agitado por denúncias e manifestações de insatisfação. Nesse contexto surgiu, em 1978, a primeira expressão formal do Movimento de RP, o MTSM (AMARANTE, 1995).

O MTSM surge a partir de denúncias de violências a que eram submetidos os usuários dos hospitais psiquiátricos que constituíam a rede da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde. Em uma ocasião de maior tensão, a demissão sumária de profissionais no Centro Psiquiátrico Pedro II, maior complexo hospitalar psiquiátrico da América Latina,

localizado no Rio de Janeiro, hoje com o nome de Instituto Municipal Nise da Silveira, propiciou a primeira greve no setor público no país desde o início da ditadura militar, anterior, inclusive, à histórica greve dos metalúrgicos do ABC paulista. O MTSM cresceu imediatamente em quase todo o país, através da criação de núcleos sindicais, em associações de moradores, em diretórios e centros acadêmicos, no CEBES e no REME.

Ainda em 1978, o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina, transformou-se em um grande acontecimento político, com repercussão externa ao campo psiquiátrico e sanitário e ficou conhecido como o 'Congresso da Abertura'. O MTSM fez ampla convocação de simpatizantes e o congresso tornou-se palco de denúncias e reivindicações, um espaço único de organização nacional.

Realizou-se, ainda em outubro de 1978, o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que lançou o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). Participaram do evento alguns representantes do pensamento crítico internacional, dentre eles Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, Thomas Szasz, Shere Hite e Franco Basaglia.

A presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia foi emblemática, pois na Itália acabava de ser aprovada a Lei 180, da Reforma Psiquiátrica Italiana, que passou a ser conhecida como 'Lei Basaglia'. A Itália tornava-se o primeiro país a prescrever o fim dos manicômios e o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana tinha uma forte conotação política, o que o aproximava da nossa própria experiência, já influenciada por outras correntes de resistência ao biopoder psiquiátrico, como o movimento da antipsiquiatria, desenvolvido na Grã Bretanha e que tinha, por sua vez, fortes ligações com o movimento internacional da contracultura (BONO, 1975).

Em 1979, Basaglia retornou ao Brasil a convite da Associação Mineira de Psiquiatria e visitou várias cidades brasileiras, além da histórica visita ao hospício de Barbacena, baluarte do modelo manicomial. Suas palestras nessa viagem foram registradas em um livro publicado em 1979 intitulado 'A psiquiatria alternativa: o otimismo da prática contra o pessimismo da razão' e publicadas na Itália por ocasião dos 20 anos de sua morte (BASAGLIA, 2000).

Em janeiro de 1979, realizou-se o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo. O relatório final desse evento reitera que a luta pela transformação da saúde e da saúde mental se vincula às demais lutas da saúde e aos movimentos sociais. Em outubro do mesmo ano, o CEBES apresentou, no I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, dois documentos históricos para o campo da saúde brasileira. O primeiro foi o texto 'A questão democrática na área da saúde', no qual a proposta de um Sistema Único de Saúde foi pela primeira vez apresentada e debatida com os setores políticos nacionais (CEBES, 1980). O segundo foi o texto 'A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado', elaborado pela Comissão de Saúde Mental do CEBES do Rio de Janeiro, que denunciou as mazelas do modelo psiquiátrico num espaço de enorme repercussão política (CEBES, 1980).

O Movimento começava, assim, a sair do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura começava a sair do interior dos hospícios e congressos profissionais para o domínio público. Essa tendência havia sido fortemente sinalizada internacionalmente, na área das artes, com o lançamento, por exemplo, do filme 'Um estranho no ninho', dirigido por Milos Forman e vencedor de cinco Oscars no ano de 1975, baseado no livro de mesmo nome de Ken Kesey (1962). A loucura e a psiquiatria deixavam gradativamente de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançavam os diversos foros da sociedade civil. A grande imprensa noticiava, com destaque e ininterruptamente, as condições dos hospitais psiquiátricos e as distorções da política nacional de assistência psiquiátrica. A 'questão psiquiátrica' tornava-se uma questão política e social.

Ainda em 1979, realizou-se em Belo Horizonte o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel e se tornou também um importante marco no processo de RP no Brasil.

De forma geral, essas iniciativas tinham em comum o objetivo de superar a prática e os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional, que se apoiavam na visão enfática do defeito, da irracionalidade, da

desrazão, da improdutividade e da periculosidade do louco/doente. Colocava-se em discussão a possibilidade de resgatar histórias, biografias e subjetividades dos portadores de sofrimento psíquico. Trazia-se ao debate a cidadania e os direitos humanos da ‘pessoa’ adoecida, o direito a um verdadeiro e digno cuidado. Desafiava-se a cientificidade da psiquiatria tradicional, tornando-se possível percebê-la como instrumento tecnocientífico de poder ou como saber e prática disciplinares e normatizantes (SZASZ, 1974; LAING, 1967).

A denúncia das formas desumanas de tratamento institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos na década de 1970 tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais alienante que libertadora, mais iatrogênica que terapêutica. A psiquiatria passava a dizer respeito a toda a sociedade e propunha-se sua reforma, de maneira que seu objeto deixasse de ser a doença, contra a qual ela se mostrara impotente, para tornar-se o sujeito da experiência do sofrimento (TUNDIS; COSTA, 1994). O debate da RP propiciava, assim, um movimento social expressivo, com uma proposta radical de transformação das instituições.

Com a abertura democrática nos anos 1980, os quadros políticos dos movimentos de RS e RP e suas propostas renovadoras começavam a ser absorvidos no aparelho de estado. No clima de reconstrução nacional característico desse período, realizaram-se as primeiras eleições municipais após a ditadura, o que propiciou a constituição de governos democrático-populares em vários municípios brasileiros que buscaram implantar e implementar ações de saúde mental fundamentadas nos princípios antimanicomiais e de desinstitucionalização. Foi também convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, ao contrário das conferências anteriores, teria expressiva participação popular, com representantes de vários setores da sociedade civil. Estima-se que participaram da 8ª CNS 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados eleitos nas atividades preparatórias, em nível municipal e estadual. A partir da 8ª CNS assumiu-se, no Brasil, uma concepção de saúde como dever do Estado e direito do cidadão e como sinônimo de qualidade de vida e afirmou-se uma visão do Estado como promotor de políticas de bem-estar social.

Assim como em outras áreas temáticas, foi convocada para o ano de 1987 a I Conferência Nacional de

Saúde Mental (CNSM), que deveria ser realizada nas mesmas bases e princípios políticos e organizativos da 8ª CNS. O papel do MTSM foi decisivo. Em decorrência de uma dissidência existente no âmbito do Ministério da Saúde, a I CNSM caminhava para se tornar um congresso de natureza exclusivamente tecnocientífica, ficando de lado o processo de mobilização social e o debate nacional sobre a questão da assistência psiquiátrica. Graças à participação de grande número de militantes do MTSM a Conferência pôde ser realizada enquanto um processo de debate e participação política e social (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004). Dessa reunião, surgiu a proposta de realizar-se, em Bauru, naquele mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

No Congresso de Bauru, o MTSM foi objeto de uma transformação fundamental, deixando de ser um movimento predominantemente de técnicos para tornar-se um movimento social com o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, o que expressava uma ruptura tanto epistemológica quanto estratégica. O eixo dos debates abandonava os limites meramente assistenciais e a simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* hospitalares/asilares, para vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura institucional manicomial, quanto no pressuposto da exclusividade do saber médico sobre a loucura (AMARANTE, 1995).

Em Bauru, adotou-se a data de 18 de maio como comemoração do ‘Dia Nacional de Luta Antimanicomial’. A partir daí são promovidas, nessa data, atividades científicas, culturais, políticas, etc., com o objetivo de chamar a sociedade a refletir sobre a questão da violência do modelo manicomial e a aderir à luta de transformação.

Em 1989, um ano após a inclusão da ementa da saúde na Constituição de 1988 – uma das únicas, se não a única, aprovada por proposta popular com mais de 150 mil assinaturas – ocorre um fato de importância para a política nacional de saúde mental e para o movimento pela RP. Em Santos (SP), existia uma clínica psiquiátrica privada onde eram frequentes as denúncias de violências contra os internos, com inúmeros casos de morte. O novo governo municipal de Santos tinha como Secretário de Saúde o sanitarista, militante do movimento da RS e um dos fundadores do CEBES, David Capistrano da Costa

Filho. David foi um importante líder de Estado que acolheu as propostas de militantes dos movimentos pela RP que passaram a compor seu governo. Nesse contexto, a Prefeitura de Santos decidiu por uma intervenção na clínica Anchieta. Pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil uma intervenção não visava apenas investigar os motivos das irregularidades, mas superar o modelo assistencial que prevalecia na instituição e que era visto como causa das violências contra os internos (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; NICÁCIO, 1994).

Inaugurou-se, a partir da experiência de Santos, uma nova orientação política, desinstitucionalizante, em saúde mental, centrada na desconstrução do modelo manicomial. Foi montada uma sofisticada estrutura de serviços, dispositivos e estratégias que, baseadas na concepção de território, passariam a promover cuidado, acolhimento e inclusão, contrapondo-se ao modelo vigente, que promovia exclusão e não evitava o abandono e a violência. Passou-se a preconizar serviços ‘substitutivos’ e concretizou-se a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), protótipos do novo modelo assistencial.

O modelo santista privilegiava a relação com a comunidade na lógica territorial, propunha novos equipamentos assistenciais e colocava em prática várias estratégias de intervenção cultural, visando transformar a relação da sociedade para com a loucura. Aí nasceram, entre outras iniciativas, a primeira estação de rádio e TV de usuários, a Rádio e TV TAM TAM, e a primeira cooperativa de trabalho no contexto do modelo de atenção à saúde mental, a Cooperativa Paratodos. A experiência de Santos demonstrou a viabilidade de se organizar um modelo assistencial promotor de desinstitucionalização, que dispensava o concurso do manicômio (NICÁCIO, 1994).

Em sintonia com a experiência santista, vários outros eventos foram ocorrendo e promovendo um avanço inexorável da RP. Um desses eventos foi a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que procurava reorientar o modelo assistencial propondo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outras modalidades assistenciais. Já, em 1992, foi promulgada no Rio Grande do Sul a primeira lei estadual de RP, com ênfase na construção de dispositivos de substituição à atenção centrada no hospital psiquiátrico.

No mesmo ano de 1992, em dezembro, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, com mais de 1.500 participantes, dentre usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil. Estima-se que, dos encontros preliminares até a realização da Conferência, cerca de 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas no processo. Essa conferência marcava o movimento pela saúde mental como definitivamente inscrito na agenda de Estado no Brasil.

A expansão do movimento social pela saúde mental propiciou a realização em Salvador, em 1993, do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, com cerca de 500 participantes, dos quais um quarto era composto de usuários e familiares. O Encontro focou o próprio Movimento enquanto movimento social, reavaliando suas estratégias e princípios. Outros temas em foco foram a desinstitucionalização e a intervenção cultural (a cultura como alvo e como meio) no sentido de amplificar a possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico, com a doença e com a diferença entre os sujeitos. O encontro de Salvador teve, entre outros desdobramentos, vários Encontros de Associações de Usuários e Familiares e a elaboração da ‘Carta dos Direitos dos Usuários’.

Na segunda metade da década de 1990, o movimento pela reforma em saúde mental foi fortalecido por uma série de peças legislativas, entre as quais se destaca a portaria no. 224 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do Ministério da Saúde, de 29/1/1992, que estabelece diretrizes e normas para a organização de serviços de saúde mental (BRASIL, 2004). A portaria apresenta suas diretrizes como “baseadas nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações”, revelando a preocupação do Ministério em adequar-se, ao menos em termos de legislação, aos princípios do SUS. Implementam-se ainda, nesse período, políticas para a construção da rede de serviços substitutivos, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Em caráter nacional, essa trajetória resulta na promulgação da Lei 10.216/01, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, polemizada pelo fato de ter sido suprimida de seu texto a proposta de progressiva extinção dos manicômios. Na continuidade, a política de saúde mental centrou-se, com base na portaria do Gabinete

do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) no. 336 de 19/2/2002, na disseminação dos Caps, hoje presentes em praticamente todo o território nacional e que vão sendo gradativamente incorporados ao atual modelo de atenção adotado no contexto do SUS.

Um dos problemas centrais da portaria 336 é ter definido os Caps como ambulatorios, contradizendo os objetivos pensados inicialmente para esse dispositivo, de atuar primordialmente como um órgão que toma para si a responsabilidade de organizar, promover, executar e apoiar ações de saúde mental em bases territoriais. Nesse sentido, Freire, Ugá e Amarante (2005) retomam a concepção de Dell'acqua e Mezzina (1991), que apontam como inspiradores da concepção brasileira de serviços substitutivos. Nessa perspectiva, os serviços substitutivos assumem como elementos fundantes as noções de 'tomada de responsabilidade' e de 'território'. Visto por esses autores, 'tomada de responsabilidade' tem como aspecto central a disposição para apreender a existência em sofrimento como um todo e não apenas reportar-se à crise. Em seu caráter territorial, a 'tomada de responsabilidade' refere-se ao papel ativo na promoção da saúde mental em uma área territorial de referência (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005). A definição do Caps como ambulatorio, pela portaria 336/02, parece uma flagrante contraposição a esses princípios.

A implementação das políticas de saúde mental, no sentido de fortalecer os serviços substitutivos ao modelo manicomial vem, dessa forma, avançando em alguns momentos, mas também tem apresentado períodos de estagnação e retrocesso. Os avanços e percalços não têm, via de regra, redundado em obstáculos intransponíveis ao processo de reforma, mas há muito que fazer no sentido de aperfeiçoar esse processo.

Um pano de fundo para a orientação da reformulação do sistema de atenção em saúde mental é proporcionado pela apropriação, no contexto da reforma, do conceito de desinstitucionalização e pela análise dos caminhos que vêm caracterizando as iniciativas para a efetivação da desinstitucionalização. O entendimento e a apropriação desse conceito são dificultados, não só por sua intrínseca complexidade, mas também pela dificuldade e obstáculos colocados, na prática, à sua aplicação. Há necessidade de se refletir sobre como esse conceito vem sendo estruturado e entendido, para que se possa

dimensioná-lo de maneira que ele venha a conceder toda sua potencialidade para a consolidação da reforma da saúde mental e do sistema de saúde como um todo.

O conceito de desinstitucionalização

O conceito de desinstitucionalização – que não deve ser confundido com a ideia mais simples de desospitalização, como veremos adiante – tem servido como um fulcro para a RP no Brasil, que se inspira, entre outras, na reforma italiana, onde esse conceito também se coloca como central. Os pensadores italianos promoveram uma síntese conceitual que incorpora significados construídos na trajetória histórica das ideias sobre instituição e institucionalização. Uma reflexão sobre esse conceito, na perspectiva de pensadores engajados no processo da RP, leva, inicialmente, a considerar o paradigma racionalista que, a partir de uma necessidade percebida de ordem social, norteia as diversas instituições de controle social, entre elas a psiquiatria (FOUCAULT, 2000).

O paradigma racionalista, no que concerne à relação problema-solução, configura uma prática, em saúde mental, que persegue como única solução para a doença mental o completo restabelecimento de comportamentos assumidos como norma. Entretanto, a prática psiquiátrica tradicional, que historicamente domina o campo da saúde mental, funda-se em aparatos diagnósticos e tratamentos medicamentosos e de segregação por internamento em hospitais psiquiátricos, que favorecem a cronificação. Dessa forma, como apontam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), essas práticas acabam, a partir de seu insucesso, por desconfirmar esse paradigma.

Rotelli (1991, p. 84) propõe, então, reformulação do modelo de assistência e cuidado em saúde mental, convidando a pensar as relações entre técnica e política e criticando a matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios e que delega à psiquiatria o controle dos indivíduos que não se adaptam às regras da ideologia dominante. A ideia é superar a lógica manicomial, pensando novas formas de lidar com uma existência em sofrimento, com as suas determinações materiais e relações sociais e culturais, o que implica na desmontagem das intervenções e instituições postas a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma.

Desinstitucionalizar, nesse sentido mais amplo, é desconstruir comportamentos, práticas e relações, postos a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos que se encontram com um transtorno psíquico ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por ‘outras razões’. Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos funcionais para o ser humano e para o incentivo de relações autênticas e espontâneas, desmontando os meios ditos terapêuticos que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência (CASTEL, 1987).

Desinstitucionalização implica, portanto, questionar nossas instituições, mas também nossas práticas, nossos papéis e nossos engessamentos sociais e não deve ser confundida com a ação, mais simples, de ‘Desospitalização’. Essa distinção é importante, prevenindo uma visão estreita que pode contribuir para que as novas modalidades de atendimento em saúde mental, no atual contexto político marcadamente neoliberal – caracterizado por tentativas estratégicas de despolitizar e desprestigiar as questões sociais em nível de Estado –, não se transformem em uma mera externalização da lógica manicomial, onde os indivíduos são privados de participar ativamente nas decisões que mais afetam suas vidas, inclusive na condução do seu tratamento (DELGADO *et al.*, 1991, p. 22).

A lógica manicomial promove a exclusão e vê o paciente psiquiátrico sob as lentes dos mitos da improdutividade e da periculosidade; sustenta-se e legitima-se cientificamente por uma visão de ruptura completa e intransponível entre doença e sanidade mental. A loucura, nesse contexto, representa um paradigma extremo de marginalização social. Na sociedade ocidental contemporânea, o sistema politicoeconômico admite apenas a inclusão do elemento considerado produtivo, não perigoso e que pratica os comportamentos que indicam a posse da razão. Para a loucura, essa sociedade propõe um conjunto de políticas e ideologias que expressam a necessidade de uma instituição de saúde mental repressiva, representada pela abordagem manicomial.

À questão da marginalização pode se adicionar a visão da loucura contextualizada na problemática da divisão de classes (SUÁREZ, 1985, p. 7). Nessa perspectiva, doença e loucura são contingências às quais está exposto todo ser humano, por sua dupla condição de

ser vivo e sujeito do desejo, da fala e da angústia, exposto às contradições que lhe invadem, diariamente, o ser. Como, quando, de que forma e sob quais condições sociais perderá sua saúde ou sua razão, e a assistência que receberá, dependerá decisivamente de sua condição de classe. Quanto mais baixa sua inserção no sistema de classes socioeconômicas, mais vulnerável estará o sujeito ao diagnóstico estigmatizante e às consequentes sanções institucionalizadas da abordagem manicomial.

Nessa visão de adoecimento influenciável pela divisão de classes, pode-se afirmar que a sociedade não está organizada à medida do ser humano, mas feita por e para alguns, aqueles que controlam as forças de produção. A pessoa que vai parar no manicômio público aproxima-se do limite da indigência e não é tratada pelo que realmente é, mas pela moléstia social da qual é ao mesmo tempo depositária e causa (KAZI, 2009). Dentro desse esquema, a finalidade do manicômio não é a cura, nem a terapêutica, mas a segregação daqueles que rompem com o jogo social, através da ideologia e aos quais se aplica repressão, punição e castigo (MOFFAT, 1982).

Assim, a lógica institucional do manicômio é uma lógica que o extrapola, é um aparato ideológico com consequentes ações políticas e sociais, com uma orientação voltada para a estigmatização e a exclusão de portadores de sofrimento psíquico, sob a influência das desigualdades socioeconômicas. É uma questão para além da ciência, para além da terapêutica, para além da tecnologia social. Para o público em geral, entretanto, a questão se apresenta de forma bem mais simplificada, a partir do paradigma racionalista mediado por corporativismos legitimados por um cientificismo submisso ao sistema politicoeconômico, filtrado por veículos de comunicação social, o que fomenta confusão (TUNDIS, COSTA, 1994).

Há, entretanto, confusões consideradas benéficas, como aponta Basaglia que, ao analisar o processo de desinstitucionalização do qual foi protagonista, afirma que o mais importante no trabalho realizado por seu grupo foi a confusão criada nos cidadãos de Trieste. A crise no interior do manicômio de Gorizia propiciou uma crise fora do manicômio, a população tomou consciência do desmonte da instituição mantenedora da ordem frente à desordem mental. A partir daí entendeu-se que o manicômio mudou e o problema da loucura passou a ser um problema de todos (BASAGLIA, 1985, p. 17-19; 42)

A ideia de desinstitucionalização evidencia a importância de reformar não somente as relações dentro do hospital psiquiátrico, mas, sobretudo, de subverter as relações do manicômio com seu exterior, da instituição com a instância econômica, política e ideológica. O primeiro a se mudar é a relação da sociedade com o ‘doente’ mental, combatendo as ideologias discriminatórias no âmbito da família, do bairro e do lugar de trabalho, libertando o sofredor psíquico de sua condição de marginalização e de exclusão social (SUÁREZ, 1985, p. 11-12).

A homologação da Lei 180 na Itália, uma lei particular no panorama mundial das legislações psiquiátricas ao propor a extinção dos manicômios, só foi possível porque o movimento surgido no interior do manicômio encarou-se como um verdadeiro processo de desinstitucionalização, coligando-se a importantes movimentos sociais, sindicais, políticos e culturais, constituindo-se em um Movimento de Psiquiatria Democrática. Nessa perspectiva, sob a égide de um aparato legal, os técnicos podem se constituir em agentes de inovação e de transformação, estendendo sua ação à participação em movimentos sociais, culturais e políticos. A continuidade de participação dos atores sociais no movimento de reforma e de desinstitucionalização depende, assim, de processos sociais complexos e gerais (ROTELLI, 1991, p. 87).

Essa fusão de movimentos leva às palavras de ordem metafóricas, como as engendradas nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico criados na Itália, que usaram como *slogan* ‘manter as portas abertas’. Isso se refere não somente à porta física, porque

a porta aberta é também um não inundar-se de instrumentos teóricos, científicos e técnicos para invalidar o outro, para excluir, para negar o direito, para negar a autenticidade da experiência do outro. (ROTELLI, 1991, p. 91).

A porta aberta é também uma metáfora de um estilo de trabalho, porque não se consegue manter a porta aberta de um Centro de Saúde Mental se não existe uma porta aberta na cabeça da equipe, se não há certo nível de disponibilidade. Essa mentalidade torna imprescindível certo nível de questionamento:

do serviço em relação a si, dos familiares em relação ao serviço, desse em relação aos familiares, um contínuo e recíproco interrogar-se.

Urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio, superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa de força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da ‘solução manicomial’, poder-se-á chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico. (DELGADO et al., 1991, p. 17).

Jaques Delgado compara o antigo modelo, no qual se buscava diagnosticar, classificar, medicar e curar o doente mental, objeto de atenção médica, com a nova proposta, na qual ao profissional de saúde mental é sugerido se perceber diante de uma existência em sofrimento, que pede ajuda. Esse profissional deve “responder a esta demanda encarando a pessoa na sua plenitude, sem perder de vista a sua dimensão de cidadania” (DELGADO et al., 1991, p. 13).

A verdadeira desinstitucionalização resulta, assim, num cenário onde o portador de transtorno mental pode reconstruir sua identidade e readquirir sua cidadania, aniquiladas pela institucionalização manicomial. Os corpos institucionalizados podem experimentar, outra vez, a sensação de liberdade onde antes reinava um extremo controle e disciplina. É possível experimentar o desejo, passível de satisfação com escolhas que para qualquer cidadão são básicas e que chegam a confundir-se com necessidades (de alimentação, de higiene, de sono, de consumo). Desinstitucionalizar é promover um retorno à vida que havia sido impedida, sequestrada, violentada. Tal retorno à vida permite, aos poucos, reapropriar-se da noção de tempo, sobretudo do tempo subjetivo, o seu próprio tempo, antes roubado pelo relógio do hospital.

Processos de desinstitucionalização vêm acontecendo no Brasil e reconhece-se a dificuldade de se utilizar essa ou aquela experiência como modelo, dadas as especificidades culturais, políticas e econômicas de cada país e de cada região. A produção da loucura, o manicômio a serviço do sistema, vê-se agravada no cenário brasileiro, onde miséria, fome, desnutrição, mortalidade infantil, criminalidade e empobrecimento da população, por um lado, e vulnerabilidade política e econômica, brutalização, condições aéticas, desinformação, individualismo e produtivismo, por outro, ajudam a perpetuar problemas estruturais educativos, culturais, sociais, políticos e econômicos, já naturalizados em estatísticas de desigualdade social. A importância de transformar práticas de saúde a serviço da instituição manicomial, ícone de segregação e marginalização, em práticas de saúde a serviço do ser humano é tão urgente como a de transformar um sistema a serviço de relações perversas de produção, fabricante da loucura, em um sistema que restitua os direitos do homem e que promova justiça e bem-estar.

Considerações finais

Pode-se considerar a existência histórica de vários movimentos pela reforma no sistema de atenção em saúde mental no Brasil, ou que há um grande movimento composto de várias segmentações. Assim, temos o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o de Trabalhadores de Saúde Mental, o da Luta Antimanicomial e ainda um grande movimento aglutinador, o da Reforma Sanitária. Esses movimentos da saúde se ligam de maneiras variadas e em tempos diversos a outros movimentos

sociais, pois as lutas na área da saúde se coadunam frequentemente com as lutas em outros setores sociais.

A agenda desses movimentos tem se pautado, contemporaneamente, por temas como inclusão, solidariedade, cidadania e conscientização. Esses temas têm sido representados, no campo da saúde mental, pelo esforço para a implantação de redes de serviços substitutivos ao modelo de atenção tradicional, pela construção de uma formação profissional mais humanizada, pelo trabalho interdisciplinar e pelo foco em paradigmas desconstrutores dos mitos e crenças propostos por uma epistemologia de base essencialmente nosológica.

Muitas das reivindicações do MTSM e, posteriormente, do Movimento da Luta Antimanicomial, estão hoje incorporadas às políticas públicas de saúde. Foram, portanto, institucionalizadas e burocratizadas, o que constitui ganhos inquestionáveis, mas, por outro lado, traz o perigo da perda das origens de luta e do anseio de transformações.

A desinstitucionalização, nesse contexto, é um conceito norteador, compreendido como proposta de mudança cultural, de transformação de uma mentalidade arraigada de exclusão do diferente, onde o louco e outras pessoas em estado de sofrimento psíquico se incluem entre os mais diferentes. Nesse sentido, há que pensar as formas em que os movimentos progressistas podem apropriar-se desse conceito e propor iniciativas visando sua materialização. Algumas destas iniciativas já estão em andamento, mas ainda sem a consistência necessária para que as propostas de desinstitucionalização assumam o papel histórico que lhe é destinado. Quanto mais avance a concretização deste potencial histórico, maiores serão nossos passos para a consolidação do SUS. ■

Referências

AMARANTE, P.D.C. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.D.C.; OLIVEIRA, W.F. de. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecnológica*, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21. Ed. Especial Saúde Mental e a Atenção Básica, parte 2, 2004.

BASAGLIA, F. *Conferenze Brasiliani*. In: BASAGLIA, F.; GIANICHEDDA, M.G. (Orgs.). Milão: Cortina Editore, 2000.

_____. La institucionalización Psiquiátrica de la Violencia. In: BASAGLIA, F. et al. *Razón, Locura y Sociedad*. Mexico DC: Siglo Veintiuno Editores, 1985.

BONO, E. *Nós, a loucura e a antipsiquiatria*. Rio de Janeiro: Pallas, 1975.

- BRASIL. *Legislação em saúde mental*. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.
- BRESOLA, F.C. Grupo Autonomia: serviços substitutivos aos manicômios, uma prática possível e inovadora? *Dynamis Revista Tecno-científica*, Blumenau, v. 12, n. 40, p. 71-78, 2004.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CEBES. A questão democrática na área da saúde. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, v. 9, p. 11-13, 1980a.
- _____. A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, v. 10, p. 45-55, 1980b.
- COSTA, B.M. *Reforma psiquiátrica é assim?* SIMERS em revista. Porto Alegre: Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul, 2003, p. 42-43.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P.D.C. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 13-44, 2003.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. (Org.). *A Loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.
- DELGADO, J. et al. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO, J. et al. *A Loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.
- FRANCHINI, B. *A descentralização do atendimento em saúde mental na rede básica de saúde do município de Blumenau*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- FREIRE, F.H.M.A.; UGÁ, MAD; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e os impactos do sistema de financiamento no modelo assistencial. *Archivos de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 113-142, 2005.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 6. ed. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- KAZI, G. *Subjetividad y contexto: matar La muerte*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo, 2009.
- KESEY, K. *One flew over the cuckoo's nest*. New York: Penguin Books, 1962.
- LAING, R. *The politics of experience*. New York: Penguin Books, 1967.
- MOFFAT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1982.
- NICÁCIO, F. *O processo de transformações em saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.
- OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'Água, 2006.
- OLIVEIRA, W.F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, 2009.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotteli. In: DELGADO, J. et al. *A Loucura na Sala de Jantar*. Santos: Resenha, 1991.
- SZASZ, T. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row, 1974.
- SUÁREZ, A. Presentación. In: BASAGLIA, F. et al. *Razón, Locura y Sociedad*. Mexico DC: Siglo Veintiuno Editores, 1985.
- TEIXEIRA, M. Entrevista com Valentim Gentil Filho. *Revista Brasileira de Psicopatologia Fundamental*, v. VIII, n. 2, 2005.
- TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. Cidadania, classes populares e saúde mental. In: TUNDIS, S.A.; COSTA N.R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 4. ed. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1994.

Recebido para publicação em Outubro/2008

Versão definitiva em Março/2010

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesse: Inexistente