

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA MUHL

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL  
NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS ATORES**

Curitiba – PR

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA MUHL

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL  
NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS ATORES**

Monografia apresentada ao curso de  
Especialização em Sociologia Política da  
Universidade Federal do Paraná para a obtenção  
do grau de especialista em Sociologia Política.

Orientadora: Fábila Berlatto

Curitiba – PR

2014

## RESUMO

O campo da saúde mental é um campo complexo, cheio de divergências, marcado por conflitos e disputas em todos os países. No Brasil, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada nos anos 70, acontece uma grande transformação nesse campo, onde se passa de um modelo marcado pelas internações psiquiátricas para um modelo de atenção psicossocial. O objetivo deste trabalho, que se caracteriza como um estudo teórico-conceitual, é discutir os atores que fizeram parte desse processo: profissionais, usuários, familiares, movimento da luta antimanicomial e partido dos trabalhadores, numa tentativa de articular as diversas forças que atuaram no campo da saúde mental no período entre 1978 e 2001. Através da vontade individual dos atores e da sua organização em prol da luta antimanicomial, foi possível que a Reforma Psiquiátrica se desenvolvesse em nosso país, trazendo consigo avanços para o atendimento as pessoas com sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Políticas Públicas. Atores sociais.

## ABSTRACT

The field of mental health is a complex field, full of differences, marked by conflicts and disputes in all countries. In Brazil, with the Brazilian Psychiatric Reform, which began in the 70s, it has a great transformation in the field, where it is only a model marked by psychiatric hospitalizations for psychosocial care model. The objective of this work, which is characterized as a theoretical-conceptual study is to discuss the actors who took part in this process: professionals, users, families, anti-asylum struggle movement and party workers in an attempt to articulate the various forces that acted on field of mental health in the period between 1978 and 2001. Through the individual will of the actors and their organization in support of the anti-asylum struggle, it was possible that the Psychiatric Reform to develop in our country, bringing advances to meet people with psychological distress .

**Keywords:** Psychiatric Reform. Mental health. Public policy. social actor.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	06
<b>2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	08
<b>3 REFORMA PSIQUIÁTRICA: SAÚDE E POLÍTICA</b>	09
<b>4 UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE O NORMAL E O PATOLÓGICO</b>	14
<b>5 OS ATORES</b>	18
5.1 PROFISSIONAIS	19
5.2 USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E FAMILIARES	23
5.3 MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	26
5.4 PARTIDO DOS TRABALHADORES	28
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	32
<b>Referências</b>	34

## 1 INTRODUÇÃO

Em nosso país, foram muitas as modificações nas políticas públicas na área de saúde mental, desde a construção do Hospício de Alienados Pedro II em 1841, que é o marco inaugural da Psiquiatria no Brasil e era regido pelo lema “Aos Loucos o hospício”, passando pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica que ganha força no final dos anos 70 com o bordão “Por uma sociedade sem manicômios”, até as práticas atuais intituladas de atenção psicossocial.

O objetivo desse estudo é pensar esse processo tendo como foco de análise os atores que possibilitaram (ou tentaram impedir) que as mudanças ocorressem. Quem são as pessoas, ou as instituições, que atuando na saúde mental fizeram parte dessa história, mas precisamente, parte da Reforma Psiquiátrica brasileira? É essa pergunta que nos move nesse estudo, tentando responder qual o papel de cada uma delas nas políticas públicas de saúde mental no Brasil.

A nossa hipótese para desenvolver esse trabalho é que o campo da saúde mental, para além de ser um campo teórico e prático, sempre foi um campo político, de intensas disputas e que indica não só como o Estado vai lidar com a pessoa com transtorno mental, mas também como ele lida com o que desvia da norma.

Esse campo é, portanto, um campo de confronto político, sendo que um confronto político, segundo McAdam, Tarrow, e Tilly (2009), começa quando de forma coletiva as pessoas fazem certas reivindicações e outras pessoas, que são diretamente afetadas por essas reivindicações, não as atende. No caso da Reforma Psiquiátrica, são múltiplas essas reivindicações: desinstitucionalização, atendimento comunitário, garantia de direitos humanos, verbas estatais, luta contra os estigmas, mudança de paradigmas sobre a loucura, para citar algumas.

Definido por McAdam, Tarrow, e Tilly (2009, p. 11) como dependendo “da mobilização, da criação de meios e de capacidades para a interação coletiva”, o confronto político se mostra como um ótimo caminho para pensar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, por conter essas características em seu íntimo, onde ocorre a interação entre os movimentos antimanicômiais, os movimentos pró-manicômios e o governo que precisa decidir quais serão as suas políticas na área de saúde mental.

Durkheim (1999) pode nos ajudar a pensar essa interação entre os que são a favor e os que são contra a Reforma Psiquiátrica: este autor afirma que “a doença não se

opõe a saúde; trata-se de duas variedades do mesmo gênero e que se esclarecem mutuamente” (DURKHEIM, 1999, p.41). Da mesma forma podemos pensar a relação entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e o movimento pró-manicômio, não como grupos de naturezas distintas, mas como grupos que assumem posições diferentes em um mesmo contínuo. Talvez a imagem da velha brincadeira de criança do cabo-de-guerra ilustre bem essa situação: as pessoas a favor da Reforma Psiquiátrica puxam de um lado, as pessoas pró-manicômio puxam de outro, e a corda são as pessoas com transtornos mentais, mas não só estas, são também o governo, as políticas públicas, os serviços de saúde e de assistência social e também os recursos financeiros destes.

O campo da Reforma Psiquiátrica se apresenta com uma grande complexidade pela diversidade de atores que o constituem, são “trabalhadores de saúde, gestores, usuários, familiares, parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, estudantes e simpatizantes de vários segmentos sociais” (YASUI, 2010, p. 71) que produzem discursos sobre o sofrimento psíquico e os modos de cuidar. E é justamente essa multiplicidade de atores que faz com que esse campo seja político por excelência, um campo de disputas, de confrontos, de alianças e contradições. Nosso trabalho se dedica então a pesquisar a interação e confronto político existente no campo da saúde mental, mas especificamente os atores que se posicionam a favor da Reforma Psiquiátrica, mas sem deixar apontar as relações com os que são contra a mesma e também com o governo.

Os atores por nós escolhidos são os profissionais, usuários de saúde mental, familiares, Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e Partido dos Trabalhadores (PT) que foram analisados a partir de suas ações políticas mais significativas. Entretanto, não teremos espaço hábil aqui para tratar de todos os eventos, todos os congressos, todas as ações, destarte, deixamos claro ao leitor o recorte por nós operado, talvez não dos fatos mais importantes, mas sim daqueles que mais nos proporcionaram material para discutir o nosso objetivo: os atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para uma visão mais geral e cronológica da Reforma Psiquiátrica consultar a obra “Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” originalmente publicado em 1995, sob a coordenação de Paulo Amarante, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, que com uma equipe de pesquisadores, dedicou este livro à preservação da memória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## 2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Diante da impossibilidade de contemplarmos toda a evolução das políticas públicas em saúde mental em nosso país – por um lado pela complexidade das mesmas e por outro pela natureza e brevidade desse estudo – optamos por analisar os atores e as políticas presentes no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Justamente por esse movimento ser um movimento e não ter um marco inicial utilizamos como recorte temporal de início (e sabemos que fazemos isso de maneira arbitrária) a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental em 1978 e percorreremos o caminho até a Lei 10.216 de 2001 que instaura, além dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a mudança no atendimento das mesmas para a atenção psicossocial.

Este trabalho se caracteriza como um estudo teórico-conceitual, onde utilizamos livros e artigos para nos ajudar a pensar o problema desse estudo. Entre os atores chave da Reforma Psiquiátrica Brasileira dedicaremos as nossas análises aos profissionais, familiares e usuários de saúde mental, Movimento da Luta Antimanicomial e o Partido dos Trabalhadores. Cabe aqui ressaltar que não apresentaremos os nossos argumentos de forma cronológica, mas sim pelos atores que aqui serão apresentados.

Mas para não perdermos a sucessão dos acontecimentos, o pesquisador Silvio Yasui no livro *Ruptura e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira* (2010) resume da seguinte forma as quatro décadas da Reforma Psiquiátrica que trataremos nesse trabalho: no final dos anos 70 começam as primeiras críticas mais radicais ao manicômio; nos anos 80 surgem os novos modelos de instituições e as novas formas de produzir cuidados em saúde mental, nesse mesmo período a Reforma Psiquiátrica se firma enquanto movimento social; nos anos 90 a reforma se consolida como uma política nacional de saúde e no ano de 2001 temos a aprovação da Lei 10.216 que redireciona o atendimento em saúde mental para o modelo da atenção psicossocial, e que será o marco final da nossa análise.



### **3 REFORMA PSIQUIÁTRICA: SAÚDE E POLÍTICA**

A Saúde é um campo de interesse do Estado e da sociedade justamente por ela ser um valor universal e uma parte integrante importantíssima das condições mínimas de sobrevivência, sendo então, um componente fundamental para a manutenção da democracia e da cidadania (YASUI, 2010). Isso também não deixa de ser verdade no que diz respeito à saúde mental.

Yasui (2010) em diálogo com a obra do sanitarista Sergio Arouca, afirma que o conceito de saúde/doença precisa estar ligado ao trabalho, ao saneamento, ao lazer e a cultura, o que significa dizer que ela precisa ser pensada e problematizada muito além das políticas do Ministério da Saúde, ela deve ser uma preocupação do Estado e ser entendida como uma função do Estado.

A partir da década de 70, começa um movimento ideológico/político/cultural que quer tornar a saúde um referente fundamental, e é desse movimento que bebem a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária no Brasil. A premissa básica desse movimento, segundo Paim (2008) é que as práticas de saúde sejam reconhecidas não só por sua natureza técnica, mas também como práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas.

É a partir dessa perspectiva que pensamos a saúde neste trabalho, não como algo meramente biológico, relacionado com a prevenção e o tratamento de doenças em lócus específico, mas sim, como um processo que perpassa as outras dimensões da vida de uma pessoa, para assim, compreendermos a pessoa em seu todo, e não apenas um recorte nosográfico. Enfim, a saúde como uma preocupação que não deve aparecer apenas mediante a ausência desta.

Dentro das várias subáreas da saúde, a saúde mental é um campo de conhecimento e também de atuação técnica, no âmbito das políticas públicas. Para Amarante (2007) nenhum outro campo de atuação e conhecimento em saúde é tão complexo, plural, inter-setorial e com tanta transversalidade de saberes.

Ao adentrarmos o campo específico da saúde mental, consideramos importante dar um panorama geral sobre a atenção dedicada as pessoas com transtornos mentais. Foucault (2005; 2008) reconstrói a loucura nas diferentes épocas do pensamento humano. Num primeiro momento, essa loucura era livremente vivida, sendo uma experiência cotidiana, a qual se procurava mais exaltar do que dominar. Já no século

XVII esse patamar muda completamente e se torna um mundo de exclusão, presa atrás das grades das grandes instituições psiquiátricas. Aqui é preciso destacar, que o internamento nesse momento ainda não tem um caráter médico, de tratamento, apenas são retirados da sociedade os membros que lhe causam algum incômodo, não sendo então só os loucos reclusos, mas também os criminosos, libertinos, pessoas com doenças venéreas, e todas essas “culpas” acabam sendo atribuídas a loucura.

É só no século XVIII que o internamento ganha um caráter médico. O que não foi de todo bom, porque se por um lado humanizou o atendimento, por outro, impôs aos loucos um controle social e moral ininterrupto “o louco devia ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros” (FOUCAULT, 2008, p. 84). O controle médico não é então um controle ético, mas sim, um controle moral, que despoja o louco de sua independência.

Nessa perspectiva, afirmamos que a psiquiatria é o discurso que instrumentaliza e legitima uma prática disciplinadora, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas (YASUI, 2010, p.88).

Rotelli (1990) aponta que o grande problema da Psiquiatria está em ter separado um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do sujeito e do meio social deste. Para o autor, essa separação artificial constitui a base para a construção de um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos todos relativos “a doença”. Esse conjunto de aparatos científicos, que embasam a psiquiatria, se tornou o modelo hegemônico de assistência à saúde mental.

Yasui (2010) ao tratar desse modelo assistencial hegemônico, aponta como suas características a ênfase na doença, visão essencialmente biológica e hospitalocêntrica, com investimentos nas especialidades ao invés das relações nos processos de trabalho. É contra esse modelo que a Reforma Psiquiátrica se levanta, procurando alcançar um modelo de atenção baseado no cuidado, acolhimento e criação de vínculos, na responsabilização por meio de equipe interdisciplinar e nos recursos do próprio território.

Temos que atentar para o fato de que o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias – ambas são o que Goffman (1961) chama de Instituições Totais<sup>2</sup> - tendo seu sistema fundado na vigilância, no controle, na

---

<sup>2</sup> Conceito proposto por Erving Goffman no livro *Asylums – Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, e que foi traduzido para o português como *Manicômios, prisões e conventos*.

disciplina e no uso de dispositivos de punição e repressão (AMARANTE, 2007). É essa a situação que os partidários da Reforma Psiquiátrica olham e querem mudar, não é uma perseguição ao hospital em si, mas a esse modelo que pune ao invés de tratar, que segrega ao invés de acolher. Um modelo que em última instância serve para manter a ordem, retirando da sociedade os seus membros desviantes, tal qual, uma prisão.

Dentro do campo da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica se apresenta como:

[...] um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70 (YASUI, 2010, p. 27).

Amarante (1997), ao questionar-se sobre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, entende que o principal deles é a transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura e com o louco. Nesse sentido, as relações precisam ser conduzidas para gerarem a superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, para permitir então que a loucura exista, num ambiente de troca, de solidariedade e de cuidados.

Ao pensarmos em termos históricos, o movimento pela Reforma Psiquiátrica chega com um certo intervalo de tempo em nosso país, enquanto as nações europeias começam a erguer suas críticas contra o modelo psiquiátrico logo após a Segunda Guerra Mundial, essa discussão só começa a ser feita com maior abrangência no Brasil, na década de 70. Estamos considerando aqui como Reforma Psiquiátrica, os movimentos que para além da crítica, começam a efetivamente se organizar em projetos mais delimitados, no sentido de formar um conjunto de enunciados e propostas, de origem técnicas e administrativas, que se desenvolvam em intervenções práticas (AMARANTE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é devedora da Reforma Sanitária, sendo que as duas não nascem apenas no campo específico da saúde, mas também da luta contra a ditadura e da luta por direitos. As duas se apresentam também como um processo político de transformação social (YASUI, 2010).

---

Nas palavras do próprio autor, uma instituição total é “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p. 11).

Depois dos anos duros durante a ditadura no Brasil, os ventos começam a mudar com o último governo militar que começa o processo de democratização no país. A população começa a se organizar, surgem os movimentos pelas Diretas Já e a luta pela Constituinte Livre e Soberana, como reflexos da intenção de o próprio povo propor os rumos na nação (DIAS, 2012).

Assim, a partir da metade dos anos 1980 até a última década do século XX, o país viveu um importante processo de mudança no campo político, com o fim da ditadura militar e a instauração do regime democrático. Neste cenário o campo da saúde e da saúde mental iniciam uma profunda crítica e análise da sua política, iniciando debates e mobilizações que se expressarão nos denominados movimentos da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, sob as lideranças do CEBES, Abrasco e trabalhadores da saúde mental, respectivamente (DIAS, 2012, p. 1038).

A Reforma Sanitária no Brasil começa na década de 70, com o objetivo de buscar a democratização da saúde o que era impossível durante uma ditadura, estudantes, professores, setores populares e entidades de profissionais de saúde organizaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que passou a defender mudanças na saúde. O CEBES foi o grande partidário do reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado e da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado e democrático, garantindo a participação social na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (PAIM, 2008).

Já pelo lado da Reforma Psiquiátrica, a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental estava vinculada à luta dos demais setores sociais: uma luta em busca da democracia plena, por uma organização mais justa da sociedade, pelo fortalecimento dos sindicatos e dos movimentos sociais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental chegou a aprovar, nessa época, várias moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização dos trabalhadores e dos estudantes e pela anistia aos perseguidos políticos (AMARANTE, 2013).

E existe ainda outro agravante em relação à assistência ofertada em saúde mental durante a ditadura militar, conforme relatado por Amarante (2013), que são as acusações contra o governo militar de que no sistema nacional de assistência psiquiátrica existia tortura, negligência, corrupção e fraudes. Esse fato desencadeia uma maior organização por parte daqueles que querem denunciar a utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social. A partir de então começa a se constituir um pensamento crítico sobre as práticas médicas e psiquiátricas e as primeiras propostas de projetos alternativos ao modelo asilar dominante.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que provoca tensões e conflitos, que ativa e muda os atores sociais, que modifica o aparato jurídico do Estado, cria contradições, inventa instituições de cuidado, provoca a universidade, modifica as políticas e é em função de todas essas reverberações que Yasui (2010) aponta para a necessidade de compreendê-la na sua origem, como movimento social, composta de múltiplos atores e interlocutores, em sua maioria da sociedade civil, que diante das suas demandas e necessidades, foram buscar junto ao Estado a concretização dos seus direitos. É a busca por essa compreensão que dedicamos o nosso trabalho.

#### 4 UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE O NORMAL E O PATOLÓGICO

A necessidade e as reivindicações por uma Reforma Psiquiátrica indicam uma mudança no entendimento sobre o que é normal e o que é patológico, o que é saúde e o que é doença<sup>3</sup>, e se ainda não se operou uma mudança significativa nesses conceitos, pelo menos já ocorre a presença de um debate e de uma reflexão crítica sobre esses termos. Nesse capítulo discutiremos brevemente os conceitos de normal e patológico, de saúde e doença mental numa perspectiva sociológica, numa tentativa de compreender como as representações sociais são formadas e como elas vão atuar pró ou contra a Reforma Psiquiátrica.

Para pensar os conceitos de normal e patológico vamos elencar três grandes autores que discutem esse tema sob um novo prisma, não vendo o normal e o patológico como questões apenas biológicas, uma discussão pertencente a ciências naturais, mas sim como um objeto que as ciências humanas e sociais devem se apropriar: Foucault, Durkheim e Canguilhem, muito menos numa tentativa de unificar esses autores, mas sim de pensar as suas especificidades. Diante da impossibilidade de uma única teoria explicar o problema do normal e do patológico, utilizaremos esses autores não para chegar a uma conclusão do problema, mas para levantar as perguntas importantes sobre esse tema.

Vejamos a exposição de Durkheim (1999) sobre o assunto na obra *As regras do Método Sociológico*:

Todo fenômeno sociológico, assim como, de resto, todo fenômeno biológico, é suscetível de assumir formas diferentes conforme os casos, embora permaneça essencialmente ele próprio. Ora, essas formas podem ser de duas espécies. Uma são gerais em toda a extensão da espécie, elas se verificam, se não em todos os indivíduos, pelo menos na maior parte deles e, se não se repetem identicamente em todos os casos nos quais se observam, mas variam de um sujeito a outro, essas variações estão compreendidas entre limites muito próximos. Há outras, ao contrário, que são excepcionais; elas não apenas se verificam só na minoria, mas também acontece que, lá mesmo onde elas se produzem, muito frequentemente não duram toda a vida do indivíduo. Elas são uma exceção tanto no tempo como no espaço. Estamos, pois, em presença de duas variedades distintas de fenômenos que devem ser designadas por termos diferentes. Chamaremos normais os fatos que apresentam as formas mais gerais e daremos aos outros o nome de mórbidos ou patológicos (DURKHEIM, 1999, p. 58).

---

<sup>3</sup> Salientamos que não é possível igualar os termos “normal” e “saúde” ou “doença”, “patologia” e “anormal” mas vamos utilizá-los aqui juntos, formando um conjunto, pelo seu sentido direto do que desvia ou permanece na norma.

Seguindo essa linha de pensamento de Durkheim (1999) podemos isolar duas proposições básicas no estudo do normal e do patológico:

- 1) Para que a Sociologia seja realmente uma ciência das coisas, é preciso que a generalidade dos fenômenos seja tomada como critério de sua normalidade;
- 2) As noções de normal e patológico não podem ser definidas de maneira absoluta, mas somente em relação a uma espécie dada. Durkheim ainda refina essa proposição, ao afirmar que um fato social não pode ser dito normal em uma sociedade, a não ser em relação a uma fase determinada do desenvolvimento dessa sociedade.

Com certeza Canguilhem (2009) não concorda em absoluto com as proposições de Durkheim, mas o pensamento dos dois converge no sentido de que um estado patológico não pode ser chamado de anormal em um sentido absoluto, mas anormal apenas em relação com uma situação determinada. “Portanto, só se compreende bem que, nos meios próprios do homem, o mesmo homem seja, em momentos diferentes, normal ou anormal” (CANGUILHEM, 2009, p. 79).

Canguilhem (2009) chama a atenção para o fato de que é a apreciação das pessoas e as idéias dominantes no meio social que vão determinar o que é doença e o que é saúde, entrando em cena, então, outro fator fundamental para pensar a relação saúde/doença, que é o desejo. As pessoas, como um todo, desejam a saúde e entendem a doença como um estado contra o qual devem lutar para continuar a viver, sendo portanto, saúde e doença também noções valorativas.

Passemos agora a reflexão de Foucault (2008) sobre o normal e o patológico. Para o autor, o reconhecimento que permite dizer “este é um louco” não é um ato simples nem imediato, está sempre amparado em condições prévias, um limiar presente na cultura, que age de acordo com linhas de inclusão e exclusão e que vai evoluindo de acordo com a configuração dessa cultura específica. Portanto, quando um médico julga diagnosticar a loucura como um fenômeno natural, ele só o faz a partir desse limiar.

O que Foucault (2008) parece querer ressaltar com essa ideia, é que as sociedades não inventaram a loucura, a doença mental, mas são elas que delimitam os fenômenos que são considerados normais e os que são considerados patológicos em seu interior. Existe uma diferença entre esses dois fenômenos – o normal e o patológico – mas diferenciação não é um marco rígido, um fato absoluto, ela é empurrada para um lado e para outro de acordo com a cultura. O grande ensinamento que podemos obter com Foucault é, portanto, questionar porque determinados comportamento recebem rótulos de “patológico”, “anormal” e “doença”, já que esses rótulos não são aplicados ao

acaso, são fruto de como esses comportamentos são entendidos por um determinado grupo, uma representação social.

Jodelet (2005) tem um trabalho extenso sobre as representações sociais da loucura. Entre seus achados de pesquisa está o fato de que o transtorno mental não se articula ao sujeito pelo “ter” e sim pelo “ser” – as pessoas não tem doenças, elas são doentes – e nesse sentido, “a obra da loucura, nem transitória nem exterior, se inscreve no homem para fazer-se condição” (JODELET, 2005, p.208).

A doença vem “de” ou “por”, “cai sobre”, para ficar “no” doente, especificada “em” uma multiplicidade de sinais, sempre pronta a ressurgir, quando não ameaça “contagiar”. Essas construções linguísticas refletem, sem dúvida, um fenômeno de “naturalização”, próprio de toda representação social, uma tendência do pensamento natural para “coisificar” as noções, fazendo da patologia uma entidade concreta, materialmente presente no corpo e nos seus sintomas (JODELET, 2005, p. 296).

E justamente para evitar esse contágio que a loucura poderia inferir sobre as pessoas sãs que surgem três tabus que protegem uma sociedade dos transtornos mentais: o tabu sexual que serve para evitar o perigo da sujeira pelo sangue; o tabu de aliança que alerta para o perigo da intromissão dos loucos na trama social e o tabu do afeto que protege contra o perigo da ruptura das defesas psicológicas coletivas (JODELET, 2005).

Douglas (2010) em seu livro *Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de Poluição e Tabu* trata com bastante sensibilidade dessa questão do contágio. Para a autora, a impureza, que no caso que tratamos aqui seria a doença, a loucura, é sempre uma desordem completa, e é por isso que evitamos o contágio por ela. Aos olhos de quem vê, é somente eliminando a impureza que é possível organizar o seu meio, por isso o surgimento de tabus, como uma tentativa de manter a ordem.

Jodelet (2005) desenvolve sua pesquisa em uma Colônia Familiar<sup>4</sup>, onde os pacientes psiquiátricos saiam do Hospital Psiquiátrico para ir viver junto às famílias de uma comunidade próxima. Por essa experiência ser de caráter comunitário, podemos aproximar com a proposição da Reforma Psiquiátrica Brasileira que também tem entre seus fundamentos o atendimento comunitário a saúde mental.

A conclusão que Jodelet (2005) chegou sobre essa experiência comunitária é que a presença da loucura no seio da comunidade vai deixar a doença mais próxima,

---

<sup>4</sup> O estudo de Jodelet se desenvolveu na cidade de Ainay-le-Château na França na década de 70, onde existia uma Colônia Familiar, que nada mais é que um hospital psiquiátrico onde os pacientes gozam de vida livre e familiar, sendo instalados junto as famílias da comunidade que se tornam responsáveis por estes, por sua moradia, alimentação e supervisão diária. Na época do estudo, a colônia contava com cerca de 1000 pacientes instalados a junto de cerca de 500 famílias.



provocando um duplo movimento: por um lado o conhecimento da loucura, esse “saber de experiência” vai diminuir a diferença entre loucos e não loucos, por outro lado, há sempre uma iminência do perigo, associado à loucura. A presença da loucura acaba sendo assimilada como uma ameaça a identidade do grupo e a defesa que se encontra para esse fato é o apagamento simbólico do elemento perturbador o que pode levar a negação do doente e até ao seu isolamento.

Aqui podemos questionar o fato de as discussões sobre o que é normal e o que é patológico e sobre os serviços de saúde mental ofertados partem sempre dos teóricos, cientistas e profissionais e nem sempre vão ser aceitos e adotados pelas pessoas como um todo. Essa reflexão é fundamental para pensarmos a origem, o desenvolvimento e as idéias promovidas pela Reforma Psiquiátrica, que partiu dos profissionais e só depois se disseminou entre as pessoas com transtornos mentais e familiares, nem sempre sendo bem aceita por estes, como veremos nos capítulos subsequentes.

## 5 OS ATORES

As ações dos atores frente às estruturas sociais sempre foram um ponto de interesse para a Sociologia, e também para a Sociologia Política. Neste trabalho, queremos também analisar essa situação, pensando em como os atores se mobilizam para conseguir mudanças na sociedade, no nosso caso específico, a mudança do modelo assistencial em saúde mental.

Para tal, entendemos o campo da saúde mental no Brasil como um jogo de forças, com vários interesses envolvidos: econômicos, políticos, sociais, culturais portanto, um campo de confronto formado pela conhecida tríade: movimentos sociais, revoluções e ação coletiva. Mobilização, criação de meios e capacidade de interação coletiva são alguns dos componentes de um confronto político, segundo McAdam, Tarrow, e Tilly (2009), e que tentaremos aqui identificar no curso da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A interação coletiva do confronto político é formada por um lado pelo governo – organização que controla os principais meios de coerção – e pelo menos um grupo de terceiros (MCADAM, TARROW, e TILLY, 2009). No caso da Reforma Psiquiátrica no Brasil conseguimos identificar dois grupos distintos de terceiros: um grupo a favor da luta antimanicomial e um grupo pró-manicômios; como na época do início das reivindicações pela implantação da Reforma Psiquiátrica a posição do governo era favorável aos manicômios, nesse trabalho vamos nos dedicar apenas ao grupo antimanicomial, o que nos deixará mais clara as posições nesse conflito.

Independente da identificação desse movimento, ora como luta antimanicomial, ora como alternativa à psiquiatria, ora como reforma psiquiátrica, e independente se as propostas em alguns momentos assumem um caráter revolucionário e utópico e em outro, as propostas são pragmáticas e normativas, foi sempre o ator social, enquanto agente político, que construiu as transformações no campo da saúde mental. Algumas das propostas acabam sendo incorporadas por entidades e instituições, mas não se pode negar que foram os atores sociais os principais disparadores da Reforma Psiquiátrica no Brasil, então, vamos a eles para nos aprofundar nesse movimento.

## 5.1 PROFISSIONAIS

Dentro dos serviços de saúde mental, fica clara a importância da equipe de profissionais como agentes de intervenção e produção de cuidados junto às pessoas com transtornos mentais. Mas a nossa intenção nessa sessão é pensar as contribuições dos profissionais para além dessa importante tarefa, é pensá-los enquanto agentes políticos fundamentais para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre as várias categorias profissionais que atuam em saúde mental, podemos citar: médicos, psiquiatras, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, artesãos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas.

Para fins analíticos separamos a categoria dos profissionais e a dos familiares e usuários, mas isso não quer dizer que eles estejam em lado opostos do processo da Reforma Psiquiátrica. Foucault (2008) no livro *Doença Mental e Psicologia* faz a seguinte ressalva: o afastamento que separa a experiência do profissional da experiência da pessoa com transtorno mental não é medido pela distância que separa o saber da doença da sua ignorância. A pessoa reconhece a sua anomalia, mas não guarda a distância que lhe permitiria apreender a doença como um processo objetivo que se desenrola nele, por isso a necessidade dos profissionais de saúde mental para acompanhar a pessoa em sofrimento psíquico.

Apesar de ser grande a força dos profissionais na luta pela desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, Basaglia (1979) atenta para o fato de que uma equipe de saúde mental nem sempre será partidária da Reforma Psiquiátrica, e pode até mesmo criar uma situação de dificuldade se não houver uma finalidade política comum ou se esses profissionais são motivados apenas pelo salário que recebem ao final de cada mês. Ressalva feita quanto a não adesão de todos os profissionais no processo da reforma, continuemos com a nossa exposição sobre os profissionais que se mobilizaram em prol dela.

Para comprovar a importância dos profissionais na implantação do modelo de atenção psicossocial, é só olharmos para o fato de que o primeiro serviço desse tipo – o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – foi organizado, basicamente, a partir de um grupo de técnicos que atuavam em um ambulatório de saúde mental (YASUI, 2010). Esse primeiro CAPS foi inaugurado na cidade de São Paulo em 1987 (BRASIL, 2004).

Mas os trabalhadores de saúde mental começaram a se organizar muito antes disso: a primeira organização dos profissionais se dá no episódio que ficou conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) em 1978. DINSAM era um órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental e controlava as instituições psiquiátricas, em quatro dessas instituições – Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos no Rio de Janeiro – houve uma greve dos profissionais que não eram concursados para trabalhar no serviço, e ali eram contratados como “bolsistas”, mesmo ocupando cargos importantes e cargos de chefia (AMARANTE, 2013).

Essa greve teve como motivação denunciar as péssimas condições de trabalho e também as situações de violência dentro das instituições. Nesse primeiro momento as reivindicações dos profissionais grevistas eram por melhores condições salariais, melhores condições para o atendimento dos pacientes, contra o autoritarismo da instituição, entre outras. Esse grupo começa crescer e se organizar e em 1978, eles criaram no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que no mesmo ano acabou se tornando um movimento nacional.

A partir de então, com o grupo mais forte e melhor direcionado, foram organizados vários congressos no país com a temática de saúde mental e que possibilitou a vinda de grandes autores desse campo para o nosso país, como Robert Castel, Erving Goffman, Thomas Szasz, Felix Guatarri e também Franco Basaglia (AMARANTE, 2007).

Com a vinda para o Brasil de Franco Basaglia<sup>5</sup>, representante da Psiquiatria Democrática Italiana, o seu lema de “Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, 1979) contagiou e muito os profissionais brasileiros, que voltando para os seus locais de trabalho e lançando um olhar mais atento para as instituições psiquiátricas, começaram a questioná-las e a buscar soluções concretas para essa situação, fortalecendo e politizando o discurso e a prática dos trabalhadores de saúde mental (YASUI, 2010). Para Amarante (2013) as idéias de Basaglia passam a ser fundamentais para a conformação do pensamento crítico do MTSM.

---

<sup>5</sup> Franco Basaglia foi um médico psiquiatra italiano bastante reconhecido por suas experiências na área de Saúde Mental, nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste. No ano de 1979, entre junho e julho, Basaglia proferiu uma série de conferências e debates nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que foram compiladas no livro “A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” que saiu pela editora Brasil Debates.

Para compreender um pouco melhor a influência de Basaglia entre os profissionais brasileiros, e para a Reforma Psiquiátrica como um todo, vamos apresentar o relato de Basaglia (1979) sobre sua experiência no manicômio de Gorizia na Itália. Um grupo de psiquiatras vai para esse hospital, incluindo Basaglia, com a proposta de humanizar o manicômio, proposta essa que também estava sendo desenvolvida em países como a Inglaterra e a França. A diferença da experiência de Gorizia é que ela acaba por evidenciar e ganhar contornos políticos: o manicômio lhes aparecia como uma organização totalmente inútil que controlava o desvio do pobre, sobretudo um desvio improdutivo, deixando muito claro que o manicômio havia surgido e se mantinha não com a finalidade de curar, mas de controlar.

As consequências da proposta de Basaglia são bastante diretas: os psiquiatras não trabalham mais só com os doentes, claro continuam cuidando do doente e da sua loucura, mas também percebem que toda a população deve ser trabalhada. Além disso, o foco da instituição passa a se preocupar em atender as necessidades reais do povo (e do doente):

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não só a sua esquizofrenia mas ao seu ser social e político (BASAGLIA, 1979, p. 89).

São essas idéias que influenciam os trabalhadores de saúde mental a não serem apenas técnicos, mas também agentes políticos. Amarante (2013) defende que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é o ator e o sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O MTSM “é o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (AMARANTE, 2013, p. 51).

O projeto do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ao contrário de muitas propostas da mesma época que visavam apenas à reorganização dos serviços, era muito mais radical. O MTSM assume um caráter marcado pelas fortes críticas ao saber psiquiátrico, onde para os membros do grupo apenas o processo de desospitalização<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Faz-se necessário, nos determos um pouco na diferenciação entre “desinstitucionalização” e “desospitalização”. Nesse sentido, Sales e Dimenstein (2009), explicam que é natural que o trabalho de desinstitucionalização abrange também as ações de desospitalização, mas não se resumem a elas, esse processo trata não somente da saída do manicômio, mas também de colocar como real objeto das intervenções o sofrimento do indivíduo, possibilitando a ele dar sentido a sua vida, já que as marcas da institucionalização acompanham a pessoa para além dos muros, inscrita em seus corpos.

não basta, esse fato dá origem a um processo original e prolífero, com iniciativas práticas de transformação, que geram novos atores e protagonistas para a saúde mental (AMARANTE, 2010).

O MTSM se caracteriza como um grupo plural, contando com a participação de profissionais de todas as categorias, assim como simpatizantes não-técnicos da saúde. Outra característica marcante é a não existência de estruturas institucionais solidificadas, não há sede ou secretaria, por exemplo. Amarante (2013) analisa essa composição interna do MTSM como uma estratégia proposital: mais uma manifestação de repúdio a institucionalização<sup>7</sup>, que traria com ela, a perda de autonomia, a burocratização e até mesmo a instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos.

Entre os membros do MTSM acaba existindo uma divisão em dois grupos de identificações pessoais distintas: um grupo acredita que é preciso entrar no setor público, em cargos de chefia, para ter poder de decisão sobre os caminhos que a saúde mental vai tomar no país, por outro lado, há muito profissionais que preferem entrar nas instituições públicas, para fazer a mudança começando pela base, de dentro dos serviços e pela luta dos trabalhadores. O primeiro grupo vai focar suas ações em superar o manicômio pela transformação das práticas assistenciais na gestão das instituições, usando como meio para isso a criação de associações de funcionários e incentivando a participação da comunidade. O segundo grupo assume uma característica sindical, atuando na organização dos trabalhadores e na luta por melhores condições de trabalho e assistência (AMARANTE, 2013).

Uma parte dos profissionais representantes do primeiro grupo acima apresentado vai passar a fazer parte do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) criado em 1981 em conjunto pelos Ministérios da Previdência e da Assistência Social em sua política de cogestão dos serviços de saúde. Entre as atribuições do CONASP está a assistência psiquiátrica, como também a saúde previdenciária e a saúde oral, por exemplo, e ela propõe para o campo da saúde mental diretrizes fortemente identificadas com a Reforma Psiquiátrica, como a regionalização e a descentralização executiva e financeira dos serviços. Apesar do CONASP ter como o seu maior objetivo a estatização da assistência a saúde mental, já começamos a ver os

---

<sup>7</sup> É justamente por essa forte oposição a institucionalização por parte do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que vai levar ao rompimento com o movimento em prol da Reforma Sanitária, que justamente buscava a institucionalização para realizar as grandes mudanças na saúde pública brasileira (AMARANTE, 2013).

princípios da Reforma Psiquiátrica ganhando força e espaço nas discussões (AMARANTE, 2013).

O MTSM ganha força rapidamente e a partir de 1985 e seus membros começam a assumir importantes cargos, alguns deles de chefia, nos programas estaduais e municipais de saúde mental e a direção de hospitais públicos e universitários. Amarante (2013) atribui essa ampliação do MTSM a sua capacidade de formar recursos humanos, que na reprodução das suas idéias começa a operar uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para os interesses privados por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social.

## 5.2 USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL<sup>8</sup> E FAMILIARES

No final dos anos 80, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha um novo ator importante: os familiares, agora organizados em associações. Agora os profissionais deixam de ter a participação majoritária na reforma para dividi-la com os familiares, usuários e outras pessoas preocupadas com a saúde mental. Essas associações se constituem para atuar “na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental” (YASUI, 2010, p.50).

Amarante (2013) traz uma problematização a respeito das associações de familiares e as associações de usuários, que segundo o autor, nem sempre podem ter os mesmos objetivos, como é o caso de alguns grupos de familiares que compartilham os ideais pró-manicômio, por entenderem que a internação psiquiátrica é o melhor tratamento que seus entes com transtornos mentais podem receber. Mesmo com essa observação importante feita por Amarante, optamos por discutir esses dois grupos de associações – de familiares e de usuários – e também as mistas numa única sessão por entendermos que todas elas trazem uma importante contribuição: a inserção da sociedade civil na discussão sobre as políticas públicas na área de saúde.

Yasui (2010) apresenta algumas dessas associações: a primeira delas surge no Rio de Janeiro, em 1978, e chama-se Sociedade de Serviços Gerais para a Integração (Sosintra), logo depois se formaram o Grupo Loucos pela Vida de Juqueri, a Associação Franco Basaglia com sede em São Paulo, a Associação Franco Rotelli de Santos e o

---

<sup>8</sup> O termo “usuário” foi introduzido pela legislação do SUS (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um paciente. Esse termo que foi considerado uma grande evolução, mas atualmente já começa a receber críticas pelo fato de ainda manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde.

grupo SOS Saúde Mental. Essas foram as primeiras associações de familiares conhecidas do país, mas com o passar do tempo e da luta antimanicomial essas associações se popularizaram e aumentaram de número e começaram a dividir espaço com algumas organizações não governamentais (ONGs) que também lutam pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Amarante (2007) observa que essa luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais não deixa de ser uma luta pelos direitos humanos, para que esses contemplem todas as pessoas. Nem sempre direitos básicos como direito a educação, ao trabalho, ao lazer, ao esporte, a cultura são assegurados aos que são “desprovidos da razão”. Amarante (2007, p.69) completa: “Trata-se de uma inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental”.

Depois do I Encontro Nacional de Usuários e Familiares realizado na cidade de São Paulo em 1991 e do II Encontro realizado em 1992 no Rio de Janeiro, no III Encontro Nacional de Usuários e Familiares, realizado na cidade de Santos em 1993, houve um avanço significativo na organização dos familiares: nesse encontro foi redigida a “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental”, um documento elaborado e discutido exclusivamente pelos familiares e usuários e que, se não traz nenhuma novidade de conteúdo, deixa claro que os familiares ali reunidos estão de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010).

Além da organização dos próprios encontros e congressos, os usuários e familiares começam também a participar dos congressos “oficiais” como delegados e representantes da sociedade civil. Amarante (2013) destaca a participação das organizações de usuários e familiares, por exemplo, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, um importante marco pela luta da Reforma Sanitária no Brasil.

A partir do momento em que o processo da Reforma Psiquiátrica sai do campo exclusivo “dos técnicos e das técnicas” e chega aos usuários, aos familiares, enfim, a sociedade civil como um todo, surge uma nova estratégia de luta, através de ações culturais (AMARANTE, 2013). São blocos de carnaval (Tá pirando, pirado, pirou – RJ; Bibi tantã – SP; Lokomotiva – Natal; entre inúmeros outros), caminhadas (em várias cidades do país no dia 18 de maio que foi instituído como Dia Nacional da Luta Antimanicomial), televisões e rádios comunitárias com a temática da saúde mental (TV Tam Tam – Santos; TV Pinel – RJ; TV Parabolinoica – Belo Horizonte; entre outras) e até mesmo camisetas com frases provocativas (De perto ninguém é normal; Gente é



para brilhar; etc) que tentam levar a Reforma Psiquiátrica para as discussões cotidianas de todas as pessoas, não só as envolvidas nesse processo (AMARANTE, 2007).

Essas novas formas de mobilização – através de ações culturais – tomam a forma de um espetáculo, que segundo Dowbor e Szwako (2013) são uma forma de mudar a opinião do público em favor da sua causa. Essa apresentação dramática dos movimentos tem um caráter estratégico: ao forjar palcos e vitrines e dramatizar suas ações, os militantes conseguem adesões para o seu movimento.

O que ocorre nesses casos é a opção por outro caminho para o confronto político, não aquele normalmente utilizado que é o do conflito e das metáforas bélicas, mas um caminho alternativo que busca politizar os atores por meio das metáforas teatrais (DOWBOR e SZWAKO, 2013). Afinal, quem disse que um desfile carnavalesco provocativo não pode levar conscientização as pessoas e se tornar um dispositivo de desestigmatização da pessoa com transtorno mental na sociedade? Esse é o propósito do Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou! que teve origem na rede de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro e que desfila e integra os usuários de saúde mental ao carnaval de rua da cidade (XISTO, 2012).

Com esse progressivo aumento da participação dos familiares – portanto não de profissionais e técnicos, mas da população – nos debates sobre a saúde mental, e na saúde como um todo, foi possível a participação real de atores sociais na construção de políticas e atenção psicossocial. Para Amarante (2007), foi essa participação social que deu o impulso decisivo para a introdução do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e para a implantação do Sistema Único da Saúde - SUS (Lei 8.080 de 1990). Esta participação da sociedade foi considerada tão importante que acabou sendo incorporada pela legislação dos serviços de saúde com o nome de “controle social” e estabelece a participação da sociedade na gestão do sistema (Lei 8.142 de 1990).

Entretanto, Amarante (2013) faz uma ressalva: a participação social de entidades e associações de familiares e usuários no processo da Reforma Psiquiátrica não é garantia de democratização. O autor sente a necessidade de fazer esse alerta pela grande quantidade desses grupos que podem ser instrumentos aparelhados por empresários ou entidades de interesses contrários ao processo de desinstitucionalização que a Reforma Psiquiátrica traz em seu íntimo, como por exemplo indústrias farmacêuticas e redes de hospitais privados.

Esse alerta de Amarante (2013) é importante para a reflexão de assim como a participação de familiares e usuários não garante a democratização, os serviços

externos, fora das instituições psiquiátricas, não garante o seu caráter não manicomial. A Reforma Psiquiátrica no Brasil não é um processo pronto, ainda se faz necessário o pensamento crítico e a luta contra a violência que uma instituição total (GOFFMAN, 1961) como o hospital psiquiátrico traz para a vida de uma pessoa.

### 5.3 MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL<sup>9</sup>

Barbosa, Costa e Moreno (2012) localizam o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) como um dos movimentos sociais que compõe o cenário nacional da luta em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais e seus familiares. E como movimento social, o MLA precisa ser pensado e entendido dentro do seu contexto histórico e da conjuntura em que ele surge.

O Movimento da Luta Antimanicomial tem sua origem no II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, que aconteceu em dezembro de 1987, na cidade de Bauru – São Paulo. Esse movimento busca pensar a loucura em seu âmbito sociocultural e a partir disso repensar as relações com a loucura. O MLA tem na frase “Por uma sociedade sem manicômios” o seu lema (YASUI, 2010).

O Movimento da Luta Antimanicomial tem uma característica bastante singular, conforme relata Yasui (2010), que foi (e é) a de sempre existir enquanto movimento, sem se tornar uma instituição: não há sede, não há fichas de inscrição nem filiação, todos os que tiverem a disposição, podem fazer parte desse movimento. O MLA funciona como um dispositivo social que congrega e articula as pessoas, os trabalhos e os lugares, tendo uma presença material no cotidiano de profissionais, familiares e usuários nos serviços de saúde mental.

A escolha desse grupo de atores por se intitular como “Movimento da Luta Antimanicomial” não foi ao acaso. Lobosque (2001) explica o sentido e a razão da escolha desse nome: Movimento, por constituir um modo político singular de organização, não constituindo um partido, entidade ou instituição; Nacional pela sua intenção de atingir o país como um todo e não apenas um ou outro ponto específico; Luta, aparece aqui como um não ao consenso, como um enfrentamento que coloca em

---

<sup>9</sup> Existe uma divergência entre os autores ao nomear esse movimento, como por exemplo, Luchmann e Rodrigues (2007) nomeiam como “Articulação Nacional da Luta Antimanicomial” e Lobosque (2001) nomeia como “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”. Para fins desse estudo utilizaremos a denominação utilizada por Yasui (2010) de “Movimento da Luta Antimanicomial” por ser mais geral e assim conter as outras denominações no seu núcleo de sentido.

questão poderes e posições; e Antimanicomial é assumir uma posição e também uma palavra de ordem, é o que vai levar ao combate político por uma sociedade sem manicômios.

Em 1993 na cidade de Salvador, é realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, onde as pessoas participantes do Movimento da Luta Antimanicomial buscaram discutir o seu próprio movimento e que este deveria ser plural, independente, autônomo, e que deveria manter alianças com outros movimentos sociais com o objetivo de sair do caráter meramente teórico e técnico, para uma intervenção política na sociedade (YASUI, 2010).

Podemos destacar esse espaço de tempo entre 1987, ano de fundação do Movimento da Luta Antimanicomial e 1993, ano do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial como o espaço de consolidação para esse movimento. Nesses seis anos ocorreram várias articulações que possibilitaram que o MLA se inserisse em outros espaços como fóruns sociais, entidades de categorias e até mesmo em setores políticos (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007).

Consideramos importante ressaltar que, na medida em que a luta antimanicomial foi se estruturando e somando atores, os representantes pró-manicômios também se organizaram e mudaram a sua atuação, para não serem tão facilmente suprimidos. Amarante (2013) chama a atenção para o fato de que a psiquiatria modernizou seus meios de controle social, abrindo mão dos recursos mais violentos e repressivos, para instaurar outros mais preocupados com as normas e os desvios e com a normalização social da saúde, soando, portanto, bem mais agradável e bem mais aceitável para a sociedade.

Nos últimos anos o MLA vem enfrentando conflitos e impasses internos. Com o grande crescimento numérico de participantes, se tornou mais difícil a preparação e formação política dos membros o que gerou um empobrecimento nos debates e a elaboração de propostas sem reflexão. Esse fato acaba gerando uma ruptura no movimento depois do V Encontro Nacional no ano de 2001, e o grupo dissidente organiza a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial em 2003 (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007), mas como esse fato extrapola o nosso recorte temporal vamos apenas citá-lo nos eximindo de analisá-lo com maior profundidade.

#### 5.4 PARTIDO DOS TRABALHADORES

A presença do Partido dos Trabalhadores - PT neste trabalho se deve a experiência inovadora em saúde mental, e que rendeu bons frutos, que ocorreu durante a gestão desse partido na cidade de Santos – SP. Alguns poderiam argumentar que a organização dessa experiência surgiu da própria cidade e da sua população, o nosso entendimento é de que a organização, claro, também se desenvolveu a partir da cidade e da população, mas nesse caso, o PT foi crucial para a implantação e manutenção de um serviço diferenciado em saúde mental, já que com a troca da gestão municipal, essa experiência inovadora foi desmontada. Ao longo dessa sessão vamos discorrer sobre essa experiência.

Com a prefeitura sob o comando do Partido dos Trabalhadores, a cidade de Santos, a partir de 1989 produziu uma experiência singular em saúde mental que abrangia duas grandes características da Reforma Psiquiátrica: adentrar o aparelho estatal para poder participar das decisões e a partir disso, desencadear (e conseguir sustentar politicamente) um processo de transformação no modelo de atenção a saúde mental (YASUI, 2010).

Essa experiência começou no dia 03 de maio de 1989 quando a Secretaria de Saúde de Santos, mediante denúncias de violência e óbitos, fez uma intervenção no hospital psiquiátrico privado chamado Casa de Saúde Anchieta com o objetivo de fechá-lo. Esse ato inicial desencadeou as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico com características substitutivas ao modelo manicomial. Com o apoio da prefeitura foram instalados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações e instituições de residencialidade num processo que é um marco importante na psiquiatria pública nacional (AMARANTE, 2013).

No intuito de montar os serviços territoriais (NAPS), o hospital foi dividido em cinco mini-equipes, cada uma responsável por uma determinada região de Santos. As equipes organizaram-se a fim de construir os NAPS e realizar a desativação da Casa de Saúde Anchieta. O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, na zona noroeste de Santos. Pouco tempo depois foram inaugurados outros quatro serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da Casa de Saúde Anchieta. Tal período é caracterizado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores de saúde mental do município (KODA e FRENANDES, 2007, p.1456).

Continuando a sua análise, Koda e Fernandes (2007), falam sobre como as instituições dizem respeito a um contexto mais global, de toda a sociedade, com sua cultura, seus valores, suas normas, que ditam como as pessoas vão agir. Por isso, não é

possível pensar a mudança ocorrida no atendimento à saúde mental na cidade de Santos sem pensar também nos aspectos sociais e políticos envolvidos nesse processo.

O pesquisador Silvio Yasui (2010), ao realizar uma análise das diferentes experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira, afirma que elas se alteram muito dependendo do partido político que está no poder. Em sua grande maioria, as experiências mais inovadoras e avançadas em saúde mental nas cidades se deram em gestões municipais de lideranças ligadas a partidos de esquerda, que se opunham aos poderes conservadores locais.

A implantação dos NAPS em Santos ocorreu durante o mandato de Telma de Souza, do Partido dos Trabalhadores, no mandato entre 1989 e 1992. O seu sucessor foi David Capistrano Filho, também do Partido dos Trabalhadores, que governa até 1996. Em 1997, o Partido dos Trabalhadores perde a eleição para a prefeitura da cidade de Santos, sendo substituído pelo Partido Progressista, na figura do prefeito Paulo Roberto Gomes Mansur.

É justamente no final da década de 90 que a experiência dos NAPS em Santos começa a enfrentar dificuldades. Koda e Fernandes relatam:

A falta de respaldo da administração para os serviços gera um empobrecimento das práticas. A desarticulação da rede, a falta de investimentos e de infra-estrutura limita o campo de ações possíveis. Vemos a desmobilização da equipe e dos projetos que, ao invés de se dirigirem ao território, refluem para dentro da instituição, reforçando o modelo médico/ambulatorial tão criticado anteriormente (KODA e FERNANDES, 2007, p. 1458-1459).

A desarticulação dos Núcleos de Atenção Psicossocial gera um grande pessimismo nos profissionais que atuam na saúde mental nessa cidade, pela perda da segurança que o ambiente oferecia e também pelos ideais que foram abandonados. Koda e Fernandes (2007) relatam a nostalgia com que os profissionais falam daquele tempo, colocando um “antes” e “depois” na história da saúde mental em Santos. E nesse caso, o depois é retrocesso.

Outra importante contribuição do Partido dos Trabalhadores é o projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal mineiro, Paulo Delgado<sup>10</sup>, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que vai dar o tom do movimento e dos debates do setor com toda a sociedade, nos anos 1990 (ROSA, 2003).

---

<sup>10</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado, Sociólogo, pós-graduado em Ciências Políticas, professor universitário, foi deputado federal por seis mandatos a partir da Constituinte iniciada em 1987. É um dos fundadores do Partido dos Trabalhadores. É autor da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e também autor da Lei das Cooperativas Sociais. Informações disponíveis no site [www.paulodelgado.com.br](http://www.paulodelgado.com.br).

A apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, que ficou conhecido posteriormente como “Projeto Paulo Delgado” acontece em meio a muitos eventos e acontecimentos importantes para a Reforma Psiquiátrica, entre eles, 8ª Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo e criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos. Portanto, podemos entender que o Projeto Paulo Delgado é um reflexo das lutas da sua época.

Amarante (2013) fala um pouco da importância desse projeto de Lei e da sua repercussão na época em que foi apresentada:

As principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir desse Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo 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 (AMARANTE, 2013, p.84).

Podemos encontrar algumas possibilidades para alguns grupos de familiares terem se posicionado contra um projeto de lei que busca assegurar o direito das pessoas com transtornos mentais, entre eles o medo da desassistência que é a forma como muitos interpretam a desinstitucionalização (AMARANTE, 2007), ou seja, que seus familiares usuários de saúde mental não receberiam mais tratamento, ou ainda, que muitos desses grupos de familiares são patrocinados por empresas que tem interesses contrários ao do texto do Deputado Paulo Delgado, como as empresas farmacêuticas e as instituições médicas privadas.

Mas além de gerar polêmica, o Projeto de Lei nº 3.657/89 trouxe também grandes avanços. Estimulados pela idéia de uma lei que siga os preceitos da luta antimanicomial, vários estados elaboraram e aprovaram as suas próprias leis para a assistência em Saúde Mental, são eles: Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte (AMARANTE, 2013).

O projeto de Lei nº 3.657/89 é de onde parte a Lei 10.216/2001 conhecida por Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que apesar de ser considerada mais conservadora<sup>11</sup>, é a lei que atualmente rege a atuação no campo da saúde mental no Brasil. Também de autoria do Deputado Paulo Delgado, a Lei 10.216 legisla sobre a

---

<sup>11</sup> Não iremos nos deter aqui sobre a diferença no texto das duas leis, já que o nosso foco são os atores e o impacto de suas ações nas políticas públicas em saúde mental no Brasil.

proteção e os direitos das pessoas portadoras de saúde mental e redireciona o modelo de assistência a saúde mental no país.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vamos tecer as nossas considerações finais a partir da seguinte citação do autor (e ator da Reforma) Silvio Yasui:

Os atores e as ações da Reforma Psiquiátrica urdem esse entrelaçamento de desejos de pessoas isoladas que, em um determinado momento histórico, se transforma em processo social constituído de desejo e vontade coletiva, que vai implicando mais atores, ampliando a sua ação para diferentes campos (YASUI, 2010, p. 178).

O primeiro fator que destacamos da citação, é o fato de que a Reforma Psiquiátrica tem sua origem primeira na vontade individual de cada uma das pessoas que se levantou para lutar, vontades essas que somadas fizeram uma grande diferença no cotidiano das pessoas que sofrem com algum transtorno mental e diferença essa que é reconhecida como uma das mais avançadas do mundo (AMARANTE, 2007). Mas essas vontades individuais não podem cessar, porque essa mudança é processo, não está concluída, e ainda há muito a ser feito para alcançarmos o objetivo do Movimento da Luta Antimanicomial: “uma sociedade sem manicômios”.

Por outro lado, todo esse processo da Reforma Psiquiátrica não seria possível sem um certo nível de organização, que una todas essas vontades individuais. A maioria dos atores se uniu em grupos, ainda que não institucionalizados, pela parte dos trabalhadores destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, pelo lado dos usuários e dos familiares são incontáveis os grupos e associações e não poderíamos deixar de citar o Movimento da Luta Antimanicomial, que ao agruparem os atores e estabelecerem as diretrizes da luta fizeram a reforma acontecer.

Outra característica importante é a diversidade de saberes que constituem esses grupos que lutaram pela Reforma Psiquiátrica, pois sem um ideal político e social forte as ações se enfraqueceriam. Não é possível destacar uma classe profissional ou um grupo de pessoas como centrais nessa luta, e é por isso que ela se tornou tão forte: pela participação popular. São profissionais, familiares, usuários, pessoas que se identificam com a causa que deram esse contorno tão plural para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e que começam a deslocar o jogo de forças sociais e políticas com a sua luta.

Luchmann e Rodrigues (2007) listam outros atores que fazem parte do campo da saúde mental no nosso país como a Associação Psiquiátrica Brasileira que busca o aprimoramento científico nessa área; a Federação Brasileira de Hospitais, representante do setor privado, mas que disputa as verbas da previdência social e a indústria



farmacêutica que divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental no tratamento dos transtornos mentais. Amarante (2010) acrescenta ainda a Universidade como local de produção de conhecimento sobre a saúde e a mídia, que articula informações e, de alguma forma, vende posições. Seria possível ainda listar mais atores envolvidos nesse processo e dos quais não foi possível tratar nesse trabalho, colocamos então um ponto final aqui, sabendo que a análise desses outros atores seria fundamental para uma compreensão mais ampla da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Referências:**

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, Paulo (Cord.). **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BARBOSA, Guilherme C.; COSTA, Tatiana G.; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 1990.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DIAS, Miriam, T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 12. n. 3. Rio de Janeiro, 2012.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

DOWBOR, Monika; SZWAKO, José. Respeitável público... Performance e organização dos movimentos antes dos protestos de 2013. **Novos Estudos**, v. 97, 2013.

DURKHEIM, Émile. **As regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Lisboa: Texto & Grafia, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

JODELET, Denise. **Loucura e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, Jun 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 Nov. 2013.

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

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Nov. 2013.

MCADAM, Doug; TARROW, Sidney; TILLY, Charles. Para mapear o confronto político. **Lua Nova**. São Paulo, v.76, p. 11-48, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuições para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In F. NICÁCIO (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica **Psicol. cienc. prof**; 2009.

XISTO, Vanessa. ‘Coletico Carnavalesco Tá pirando, Pirado, Pirou!’ desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v.4, n.8, p. 115-124, 2012.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.