

# Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país

*Global crisis, political and social conjuncture in Brazil and the new theoretical impasses of the analysis of psychiatric reform in the country*

Eduardo Mourão Vasconcelos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pós-doutor pela Anglia Ruskin University - Cambridge, Inglaterra. Professor na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. emvasconcelos55@gmail.com

**RESUMO** O presente trabalho pretende montar uma breve análise das principais tendências da atual conjuntura econômica, política, ecológica e social no mundo capitalista e, particularmente, no Brasil, mostrando as suas inúmeras implicações para a maioria da população, para as políticas sociais em geral e para a política de saúde e saúde mental em nosso País. Este pano de fundo visa a colocar em debate as bases teóricas e as estratégias políticas dos atores e movimento sociais que impulsionam a luta pela reforma psiquiátrica no País, particularmente dentro do movimento antimanicomial. Constata-se que, em seu conjunto, esse movimento reúne um espectro pluralista de tendências teóricas e clínico-assistenciais, o que constitui uma característica positiva. No entanto, não construiu um núcleo teórico mais sistemático capaz de fazer a análise da crise contemporânea, marcada pelo neoliberalismo, e de suas consequências para o campo da saúde mental. Essa deficiência tem gerado inúmeras distorções e fragilidades no enfrentamento das limitações atuais para a luta antimanicomial. O autor reivindica, então, a necessidade de se investir em teóricos que construam uma economia política da história da psiquiatria e dos processos de reforma psiquiátrica, para uma avaliação mais sistemática dos limites estruturais e das estratégias necessárias para se avançar nas possibilidades de reformas psiquiátricas em países periféricos e semiperiféricos, particularmente neste contexto de crise neoliberal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica; Crise Neoliberal; Bases Teóricas; Saúde Mental.

**ABSTRACT** *This present work intends to assemble a brief analysis of the main tendencies of current trends in general economic, political, ecological and social development in the capitalist world and particularly in Brazil, showing its numerous implications for the majority of population for social policies in general and for health policies and mental health in our country. This backdrop aims to put up in debate the theoretical bases and political strategies of the actors and social movements that propel the struggle for psychiatric reform in the country, particularly inside anti-asylum movement. It is noted that, as a whole, this movement gathers a pluralist specter of theoretical and clinical-care trends, which constitutes in a positive characteristic. However, it did not build a theoretical, systematical core, capable of an analysis of the contemporary crisis, marked by neoliberalism, and of its consequences to mental health field. This deficiency has generated numerous distortions and weaknesses in addressing current limitations for anti-asylum struggle. The author claims, then, the need to invest in theorists that built a political economy of psychiatry history and psychiatric reform processes, for a more systematical evaluation of structural limits and strategies needed to advance in the possibilities of psychiatric reform in peripheral and semi-peripheral countries, particularly in this context of neoliberal crisis.*

**KEYWORDS:** *Psychiatric Reform; Neoliberal Crisis; Theoretical Bases; Mental Health.*

## Apresentação

Este é o texto referente a minha apresentação feita no 3º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), realizado no período entre 07 a 09 de junho de 2012, em Fortaleza (CE), na mesa redonda intitulada 'Análise das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil e a sua Contribuição na Saúde Coletiva: os rumos da questão antimanicomial, políticas e abordagens teóricas'. A mesa aconteceu no dia 08, das 16h às 18h, com a participação de Ernesto Venturini (Itália) e dos brasileiros Marluce Maria Araújo Assis (BA) e Paulo Amarante (RJ). Dada a limitação de tempo de exposição em mesa redonda para um tema tão complexo, me comprometi, durante a fala, a divulgar o texto da apresentação para ampliar as possibilidades de sua discussão, e depois do evento, recebi vários comentários positivos e pedidos de que essa divulgação realmente ocorresse.

Como o texto foi produzido para servir de base para uma apresentação oral, tem um estilo mais simples e direto, sem a sofisticação e o cuidado do discurso acadêmico mais rigoroso. As frases são curtas, as citações e referências são apenas as essenciais, e não houve a preocupação de mostrar indicadores quantitativos que ilustrem os processos identificados. O principal objetivo é a análise integrada das principais tendências na atual conjuntura, para se discutir as bases teóricas e as estratégias políticas dos atores e movimento sociais que atuam no campo da saúde mental, particularmente dentro do movimento antimanicomial.

## As Mudanças Mais Recentes no Contexto Mundial e Brasileiro, com Implicações para o Campo da Saúde e Saúde Mental

### A Mundialização dos Fluxos Financeiros

Assistimos a um processo acentuado de desregulamentação, mundialização e aceleração no tempo dos fluxos capitalistas, tanto da movimentação financeira quanto de empresas, mercadorias, partes do processo produtivo e dos serviços das empresas, tecnologias e informação. Transferem-se, assim, as decisões para um 'mercado

impessoal', sem rosto, que agora flutua para além da gestão governamental de cada país ou dos blocos regionais de nações, mas que tem seus centros decisórios nos grandes conglomerados financeiros integrados dos grandes países capitalistas centrais.

Nessa direção é que se pode entender a dinâmica da última crise financeira, que emergiu em 2008, nos Estados Unidos (EUA), mas que se espalhou rapidamente por todo o mundo, e que agora também atinge mais diretamente a Comunidade Europeia.

## A Crise Ambiental e de Sustentabilidade

A política industrial, energética, tecnológica e o padrão de consumo difundidos por esses centros decisórios nos últimos dois séculos, implicaram em uma depredação geral do meio ambiente, com o uso abusivo de recursos naturais e de fontes energéticas fósseis e não renováveis (como o carvão e o petróleo).

Alguns autores, entre eles Will Steffen (*et al.*, 2011), da Universidade de Canberra, Austrália; Paul Crutzen, prêmio Nobel de Química de 1995; e Johan McNeil, da School of Foreign Service, Washington, vêm denunciando que os impactos da presença humana são tão intensos, globais e radicais, que estaríamos inaugurando, nos últimos 200 anos, uma nova era geológica do planeta, o Antropoceno. A partir de 1945, teríamos entrado na subfase de 'grande aceleração', e hoje temos 60% dos ecossistemas terrestres já degradados. Assim, clamam por mudanças profundas na gestão ambiental e nos modelos de desenvolvimento, com ênfase central na sustentabilidade do planeta.

O atual padrão de crescimento, que vem liberando o carbono retido por milhões de anos no subsolo, gerando o aquecimento global, tem efeitos e repercussões dramáticas, tais como:

- degelo dos polos e elevação do nível dos oceanos;
- perda de terras baixas na orla marinha;
- completo caos nos ecossistemas marinhos e morte generalizada de espécies;

- degelo das montanhas, com diminuição das fontes de abastecimento dos rios, escassez crescente de água potável e desertificação em grandes áreas do planeta, em médio prazo;
- aumento da frequência, da extensão geográfica e do nível de violência de tempestades, furacões, enchentes, secas e outros fenômenos climáticos extremos, com parcelas cada vez mais amplas da população atingida etc.

Em termos muito gerais, podemos dizer que hoje temos, no mundo, um grupo de dois bilhões de habitantes com alto padrão de consumo, que se apropriam de quase todos os benefícios materiais do planeta; outros quatro bilhões que vivem na pobreza; e outro bilhão na miséria.

Nos novos centros de acumulação capitalista (China, Índia, Rússia e mesmo o Brasil), ainda não se desenha um novo padrão de desenvolvimento marcado pela sustentabilidade. A China, por exemplo, cresce gerando um enorme passivo ambiental. Já que a maior proporção de suas fontes regulares de energia ainda é o carvão, a poluição do ar e do meio ambiente alcança níveis inimagináveis e o largo uso do automóvel individual faz parte integral e crescente dos novos padrões de consumo. Com exceção de projetos-piloto muito pontuais, seu modelo de industrialização e urbanização repete inteiramente o pior do que já tivemos nos países capitalistas centrais até agora.

Podemos dizer que a presente crise atinge o cerne do modelo de civilização que foi gestado no Ocidente, vem atingindo os próprios fundamentos da sobrevivência da vida no planeta, e sua reconversão na velocidade desejável é impossível de ser assumida no quadro político que temos. A atual crise econômica, que atinge os dois principais polos de acumulação até o momento – Estados Unidos e Comunidade Europeia – gera mais dificuldades para essa reconversão, e as perspectivas de um acordo mundial em torno de políticas mais sustentáveis ficam cada vez mais sombrias. Vimos isso nos preparativos da Conferência Rio+20, que aconteceu em junho de 2012, no Rio de Janeiro. Infelizmente, são os países mais pobres e periféricos que mais estão sofrendo e sofrerão as consequências do aquecimento global e do

atual padrão de desenvolvimento econômico, particularmente na África.

## **A Ascensão da China e Suas Consequências Econômicas e Sociais Mundiais**

A China, em poucos anos, atingirá o mais alto posto do ranking mundial, com uma economia capitalista que renova a produção de mais-valia via a superexploração de sua vasta força de trabalho, com nível muito baixo de cobertura em bem-estar social, salários e direitos trabalhistas.

Isso gera, no plano mais imediato, um nivelamento por baixo nos valores dos bens industrializados no mercado mundial, produzindo um processo de desindustrialização na maioria dos países do mundo, que não têm condições de compensar esse nível de exploração do trabalho com aumento da produtividade, e/ou que não adotam políticas de proteção para a sua própria indústria.

## **As Implicações para a Maioria da População e para as Políticas Sociais**

Esse padrão de mundialização econômica quebra a capacidade de cada Estado-nação sustentar, de forma mais autônoma, políticas internas de infraestrutura e de bem-estar social, inclusive, pela crescente crise fiscal interna e endividamento externo. Esse processo está na raiz da crise aguda recente na maioria dos países da Comunidade Europeia, continente no qual mais se desenvolveram políticas universais de bem-estar social, o que vem gerando uma reversão significativa no nível e na qualidade da provisão social pública.

Do ponto de vista da economia interna e das políticas sociais em cada país, o capitalismo neoliberal provoca crise econômica, privatização, focalização, subfinanciamento e sucateamento das políticas sociais; precarização dos vínculos de trabalho; perda de direitos substantivos e da qualidade dos serviços públicos; desigualdade social; desemprego e trabalho

informal; aumento da pobreza, violência social e abuso de drogas, com fortes implicações no campo da saúde mental.

Nos países latino-americanos, o padrão mais geral é a manutenção de parcelas significativas da população no desemprego ou com trabalho precário e informal, estimulando também o trabalho escravo e o trabalho infantojuvenil. Para os que detêm emprego ou trabalho, se intensifica o ritmo e as exigências do trabalho ('vestir a camisa da empresa'), se deterioram as condições de trabalho e se generaliza o medo da perda do trabalho.

Esse perfil massivo e duradouro de ausência ou precarização do trabalho, acompanhado por baixo investimento nas demais políticas sociais, impede-as de funcionarem como contrapeso às condições precárias de trabalho.

### **Implicações Psicossociais, Aumento da Violência e do Consumo de Drogas**

Esse contexto tem dimensões psicossociais dramáticas para as classes populares, induzindo a quadros de:

- a) desamparo e depressão, particularmente após vários meses de ausência ou de buscas infrutíferas de trabalho, ou mesmo condições muito precárias de trabalho;
- b) desarticulação da perspectiva de futuro através da dedicação ao trabalho e à carreira pessoal, e da esperança dos filhos terem uma vida melhor por meio do investimento em longo prazo na educação e na formação para o trabalho. Essa desarticulação é complementada, em sua outra ponta, pelo baixo investimento e qualidade precária do ensino público, com altas taxas de evasão escolar, impedindo-o de servir como um dos poucos mecanismos de mobilidade social disponíveis para as classes populares, e portanto, de também ajudar a sustentar essa perspectiva de futuro;
- c) a desesperança e a desarticulação da perspectiva de um futuro melhor abre o caminho,

particularmente entre jovens homens, desempregados de favelas e bairros periféricos de cidades médias e grandes, para sua atração e mobilização pelo crime e pelo narcotráfico. Isso gera um aumento vertiginoso nos indicadores de violência e de mortes violentas e prematuras nesse grupo etário. A entrada e difusão mais incisiva do crack na última década, em todo o território brasileiro, vem deteriorando ainda mais esta situação;

d) a violência física e o justicamento passaram a constituir formas usuais de se resolver conflitos interpessoais corriqueiros dentro dessas comunidades, inclusive, nas escolas públicas. Os espaços públicos urbanos são cada vez mais vividos como perigosos, restringindo a troca social e o lazer;

e) aumento significativo da incidência de quadros pós-traumáticos, psicossomáticos, de ansiedade e fobia social, decorrentes da exposição a situações de violência, o que, por sua vez, tem um enorme impacto na demanda dos programas públicos de saúde mental.

No Brasil atual, nos últimos seis ou sete anos, a reversão temporária de alguns dos indicadores de desigualdade social e de qualidade de vida mostra uma queda visível nos efeitos identificados acima, para alguns setores das classes populares. De um lado, esse processo mostra a potencialidade real de mudanças, mas, de outro, a escala reduzida, a ambiguidade política em torno do projeto e a atual instabilidade econômica colocam em dúvida se a direção de mudanças será efetivada realmente pelo atual governo.

### **As Tendências Demográficas e sua Participação Combinada e Complexa neste Processo**

No campo sociodemográfico, as principais tendências recentes são:

- enfraquecimento dos laços conjugais;

- aumento do número de famílias monoparentais e de pessoas morando sozinhas;
- crescente participação da mulher no mercado de trabalho, gerando sobretrabalho doméstico;
- não reversão das identidades de gênero, com a maioria absoluta dos homens continuando a negligenciar a produção de cuidado na família.

A associação dessas tendências com as políticas neoliberais tem como consequência:

- uma diminuição concreta da presença paterna e materna na família, nos seguintes termos:
  - precarização da função de maternagem, de investimento e cuidado físico e emocional direto na criança, que garantem o que Winnicott denominou de ‘mãe razoavelmente boa’, um pré-requisito fundamental para a saúde mental da criança e do futuro adolescente e adulto;
  - precarização da função simbólica paterna, que, de acordo com Lacan, constitui a forma de autoridade, de colocar limites, de incorporação do sujeito humano ao universo da lei e da cultura.
- uma fragilização do potencial de socialização, de formação de valores e de contenção de impulsos agressivos na criança pelas famílias.

Esta precarização da estrutura familiar e das funções materna e paterna poderia, em tese, ser compensada, parcialmente, por outras instituições sociais, culturais e educacionais promovidas pelo Estado ou difusas na sociedade civil: creches públicas integrais, educação integral, projetos de lazer, cultura e esportes, programas universais de saúde da família e de assistência social etc. Entretanto, no atual quadro de redução do investimento público em políticas sociais, esta precarização não é

compensada pela sociedade no mesmo nível das perdas no circuito familiar. Temos, então:

- ‘pais esgotados’ e sem tempo para investir tempo e para lidar com a educação e os problemas do dia a dia das crianças e adolescentes;
- diminuição na capacidade das famílias de proverem cuidado doméstico informal aos seus membros dependentes ou em situação de vulnerabilidade (idosos, doentes crônicos, deficientes, pessoas com transtorno mental etc). Daí, o aumento dos casos de negligência, abandono e cárcere privado, ampliando a demanda por serviços públicos de cuidado social para essas pessoas, geralmente requerendo cuidado institucionalizado;
- violência doméstica: negligência; maus tratos físicos, verbais e psicológicos; apropriações indébitas; violência sexual e pedofilia, incluindo, de forma crescente, também mães e madrastas no perfil dos autores dos maus-tratos;
- aumento da incidência de comportamentos antissociais, abuso de drogas e da criminalidade;
- abandono ocasional ou permanente da casa da família como opção inevitável de sobrevivência e aumento do contingente de crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, gerando mais perda dos laços relacionais, um dos componentes do processo de desfiliação social e deterioração da saúde mental desses indivíduos;
- aumento significativo do número de pessoas em alto nível de vulnerabilidade social, exigindo medidas urgentes de proteção social e assistência em saúde e saúde mental.

Os países que implementaram a reforma psiquiátrica, em geral, cuidam bem dos antigos internados,

mas esse novo contingente de desfiliações sociais tem enorme resistência a procurar assistência, e nossos programas têm enormes dificuldades de lidar com eles.

## O Impacto deste Contexto nos Campos da Saúde e Saúde Mental

No Brasil, apesar de suas particularidades, o impacto dessa conjuntura neoliberal sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, também no campo da saúde mental, é significativo.

a) O sucateamento das políticas sociais gera:

- subfinanciamento, terceirização e privatização de serviços e de sua gestão em parte do sistema;
- redução dos espaços de participação popular e de controle social;
- taxas elevadas de desigualdade social, desemprego e trabalho informal;
- precarização dos vínculos de trabalho, com alta rotatividade, mobilizando novos contingentes de gestores e trabalhadores sem qualquer contato com a história e a experiência política anterior. Isso atinge, em cheio, o campo da saúde mental.

b) A deterioração das condições de trabalho e a competição com a organização crescente das demais categorias profissionais da área da saúde estimulou iniciativas estritamente corporativistas dos médicos, como por exemplo, o projeto de lei do Ato Médico.

c) Os novos avanços tecnológicos e farmacológicos vêm reforçando a legitimidade da psiquiatria biomédica na sociedade, estimulando suas demandas corporativas. Isso levou suas entidades (como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e suas lideranças a se articularem politicamente em

outro patamar, a ocuparem espaços significativos junto à grande mídia, ao Congresso, ao Judiciário, aos executivos estaduais e municipais etc. Esse setor vem fazendo uma campanha contra os principais valores e conquistas da reforma psiquiátrica brasileira, tentando se articular para obter melhor acesso ao aparelho de governo federal, particularmente no Ministério da Saúde e na Secretaria Nacional Antidrogas. Essa organização é mais expressiva em São Paulo, mediante forte aliança com os governos e com os partidos dominantes no Estado (PSDB, DEM e o novo PSD), mas essa articulação se difunde para os demais estados e, particularmente, nas instâncias legislativas e executivas em Brasília (DF).

d) A atual difusão epidêmica do crack no País, com efeitos avassaladores, em curtíssimo prazo, sobre a saúde física, psíquica e cognitiva, particularmente entre as crianças e adolescentes, vem agudizando o drama dos usuários e de suas famílias, com alta visibilidade social e na mídia. Isso tem levado a uma política de apoio a comunidades terapêuticas e à ênfase na internação compulsória em massa e de longa duração, com significativo apoio do *lobby* da psiquiatria biomédica, de parte significativa de parlamentares e das próprias instâncias centrais do Governo Dilma. Esse tem evitado se confrontar com as forças políticas mais conservadoras, assumindo claramente posições conciliadoras ou mesmo retrógradas quando o tema não constitui sua prioridade política e econômica. Isso aconteceu na campanha política em relação ao aborto, nas medidas de terceirização, privatização e subfinanciamento do SUS, e agora em relação ao enfrentamento do *crack*.

Em suma, podemos concluir que a conjuntura que se abre com as políticas neoliberais, as principais tendências sociodemográficas, o avanço político das forças conservadoras da psiquiatria, dos projetos de privatização e precarização do SUS e da política de drogas no Governo Dilma apresenta enormes desafios para a reforma sanitária e para a reforma psiquiátrica. Ela exige

do movimento antimanicomial, como um todo, mais mobilização e respostas políticas de peso contra essas ameaças. Nesse quadro, se pergunta: Qual a capacidade do movimento antimanicomial de reconhecer, teorizar, avaliar corretamente e responder de forma adequada a esses desafios?

## As Fontes Teóricas e Políticas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial no Brasil

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil emerge de forma mais explícita no final da ditadura militar, em 1978, quando os vários movimentos sociais conquistaram a possibilidade de se organizar e se manifestar sem a repressão aberta dos anos anteriores.

Entre nós, militantes desse movimento, foram muitas e variadas as inspirações teóricas e políticas:

a) As experiências de comunidades terapêuticas: durante a ditadura, dada a pouca visibilidade social e política dentro dos hospitais psiquiátricos, esses foram palcos de algumas experiências inovadoras de comunidades terapêuticas, particularmente nas cidades do Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Porto Alegre (RS) e Belo Horizonte (MG), implementadas no final da década de 1960 e durante a década de 1970.

b) Foucault e suas obras: Foucault visitou o Brasil algumas vezes durante a década de 1970, tendo enorme influência sobre o campo das ciências humanas, da saúde mental e entre os militantes da reforma psiquiátrica.

c) A psiquiatria comunitária norte-americana teve uma enorme influência nos órgãos internacionais de saúde pública, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir do final da década de 1970 e durante os anos 1980,

e constituiu a principal referência para os primeiros programas e serviços extra-hospitalares em saúde mental na década de 1980, no Brasil.

d) A psicanálise, particularmente com as correntes lacanianas teve uma enorme difusão na década de 1980, no Brasil, com ampla difusão da clínica privada para a classe média e a elite da sociedade. No entanto, vários psicanalistas também passaram a integrar as novas equipes de saúde mental recém-criadas. Na década de 1990, avançou com suas formulações, aceitando um engajamento mais coerente com os novos serviços de atenção psicossocial, a partir do que se chamou de 'clínica ampliada'.

e) As correntes de análise institucional, com destaque para a socioanálise (Lapassade e Lourau) e a esquizoanálise (Deleuze e Guattari), tiveram um crescimento mais acentuado na década de 1980, e hoje têm presença destacada na formação dos psicólogos, com forte engajamento nos serviços de saúde mental e em saúde coletiva. Apesar de avaliar os vários tipos de atravessamentos nas instituições, sua ênfase principal está nos processos micropolíticos das práticas profissionais e grupais.

d) A corrente basagliana: a experiência italiana constitui, desde a década de 1990, a principal referência para os setores mais progressistas da psiquiatria mundial e para a OMS, e passou a ser adotada como principal estratégia política para a reforma psiquiátrica brasileira, a partir da criação do Movimento Antimanicomial, em 1987. No início da década de 1990, conquistou amplo consenso na II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental, respectivamente, em 1992 e 2001. Entretanto, em minha opinião, constitui uma referência fundamental para avaliar o papel do saber e das instituições psiquiátricas

na sociedade, a estratégia político-institucional para sua reconversão e para práticas em saúde mental no território, do que propriamente uma abordagem teórica própria, abrangente e sistemática sobre o processo econômico, político e social, de sua crise atual e de suas implicações para o campo da saúde mental.

Podemos, então, propor uma rápida conclusão desta seção: em seu conjunto, o movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica, no Brasil, reúne um grande espectro pluralista de tendências teóricas e clínico-assistenciais. Essa é uma característica positiva, no entanto, o movimento não construiu um núcleo teórico próprio e sistemático para a análise das políticas sociais, de análise da conjuntura econômica, política e social mais ampla, e de suas relações específicas com o campo da saúde mental.

## **As Teorizações Disponíveis no Brasil sobre a História da Psiquiatria e os Processos Históricos de Reforma Psiquiátrica, seus Limites e Problemas**

### **As Principais Fontes Teóricas Críticas no Contexto Francês:**

Na França, destacam-se duas grandes abordagens principais sobre a história da loucura e da psiquiatria:

a) A desenvolvida por Michel Foucault, particularmente a partir de sua obra clássica 'A história da loucura', publicada em 1961, e que gerou uma longa lista de desdobramentos, pelo próprio Foucault, seus seguidores e comentadores (como Robert Castel e Donzelot), na própria França e no Brasil (por exemplo, Roberto Machado e muitos outros comentadores). Foucault e suas obras constituem uma referência importantíssima em vários países que desenvolveram processos de reforma psiquiátrica. Essa influência é muito mais acentuada nos países que mantêm

um maior intercâmbio com a cultura francesa, e, particularmente, nos países visitados por ele, como o Brasil, que o recebeu várias vezes na década de 1970. Podemos então dizer que, no Brasil, Foucault e seus seguidores representam, sem dúvida alguma, a principal referência para se pensar a história da psiquiatria e a reforma psiquiátrica (FOUCAULT, 1971).

b) A desenvolvida por Gauchet e Swain, a partir de sua obra *La pratique de l'esprit humaine* (1980), que oferece outra interpretação do nascimento da psiquiatria, com base nas ideias de Tocqueville, e muito diferenciada da de Foucault. Essa obra não foi traduzida para o português e, infelizmente, teve pouca repercussão no Brasil, mas sua presença foi, pelo menos, assinalada por Benilton Bezerra Jr. (1992), em um artigo comparativo com a perspectiva de Foucault, em um dos capítulos do livro 'Psiquiatria sem hospício', organizado juntamente com Paulo Amarante e publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No Brasil, portanto, dada a precedência e a forte influência francesa no campo das ciências humanas e da saúde mental, a abordagem foucaultiana constitui a principal referencial de análise.

### **Uma Contribuição Marxista na Literatura Anglo-Saxônica**

Dada a pouca presença de estudos críticos de origem anglo-saxônica no movimento de reforma psiquiátrica brasileira, o público leitor, em nosso país, praticamente desconhece a existência de uma abordagem marxista sistemática e consistente da história da psiquiatria. Contudo, ela existe e foi desenvolvida com muito rigor no contexto britânico e americano, particularmente, por Andrew Scull, atualmente, professor da Universidade da Califórnia San Diego, nos Estados Unidos, com enorme volume e regularidade de publicações. Infelizmente, nenhum de seus livros foi traduzido para o português.



É interessante lembrar alguns de seus estudos mais clássicos, como, por exemplo, *Museums of madness* (1979), particularmente por sua análise detalhada das relações entre as instituições psiquiátricas e as relações de trabalho e de poder na sociedade. No início da expansão do capitalismo, foi necessário obter por mecanismos repressivos o submetimento da força de trabalho a condições de um mercado de trabalho nascente, não de todo favorável ao capital. As casas de trabalho exerceram um papel importante, e nelas, não se conseguia se submeter os loucos a sua disciplina interna, gerando uma enorme demanda por dispositivos institucionais diferenciados, e daí, a expansão da psiquiatria e de seus hospitais.

Um dos trabalhos posteriores de Scull, *Decarceration* (1984), é também fundamental para a compreensão da dinâmica histórica e da economia política dos processos de desinstitucionalização, a partir de meados do século XX, de grupos sociais até então internos por toda a vida em instituições totais, tais como os loucos. O autor mostra que nos Estados Unidos havia um forte movimento de crítica aos hospitais psiquiátricos já no século XIX. Entretanto, em um contexto de ausência de qualquer rede pública de serviços sociais e de saúde para os cidadãos, qualquer alternativa de serviços públicos de saúde mental comunitária levaria outros grupos sociais pauperizados a buscar neles alguma forma de suporte social. Assim, os serviços extra-hospitalares de saúde mental só puderam ser desenvolvidos a partir da década de 1960, pela existência de outras políticas e serviços sociais e de saúde na comunidade, para os vários grupos sociais, que nos EUA foram criados a partir do Medicare e do Medicaid.

Assim, sua hipótese central é a de que as políticas de desencarceramento em saúde (tuberculose, hanseníase) e em saúde mental só puderam acontecer a partir da expansão das políticas sociais universalizantes, ou seja, no contexto de expansão do estado de bem-estar social (*welfare state*).

As consequências dessa análise para o contexto neoliberal de hoje são claras: quando as políticas sociais universais são sucateadas, as possibilidades de uma reforma psiquiátrica antimanicomial ser abrangente e

bem-sucedida, com suporte efetivo e intersetorial na cidade, diminuem sensivelmente.

Outro autor de tradição anglo-saxônica que considero importante nesse tema é Richard Warner (1985), um psiquiatra inglês radicado nos EUA, em sua obra *Recovery from Schizophrenia*. Warner mostra que conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano tendem a estimular o investimento na reabilitação de grupos populacionais até então considerados improdutivos e sem importância, como as crianças, deficientes, doentes crônicos e grupos sociais mais destituídos e sem teto. Warner mostra longas séries históricas de dados, comprovando a correlação entre altas taxas de emprego e taxas maiores de reabilitação de esquizofrênicos em diversos países, bem como a tendência inversa, ou seja, períodos de estagnação e desemprego são associados a maiores taxas de admissões e leitos psiquiátricos em hospitais.

Da mesma forma, nos países centrais, o contexto após a II Grande Guerra estimulou os esforços de reabilitação de soldados e civis com problemas mentais associados à guerra, em um processo que é similar aos efeitos da escassez de força de trabalho. O desenvolvimento das primeiras experiências de comunidades terapêuticas e outros dispositivos de psiquiatria social nas décadas de 1940 e 1950 são bons exemplos disso.

Em síntese, esses autores nos indicam a possibilidade de se construir uma economia política dos processos de reforma psiquiátrica, que possibilite análises de conjunturas e avaliação de processos econômicos, políticos e sociais que estimulem ou possam gerar retrocessos na consolidação das políticas sociais, de saúde e saúde mental. Em minha opinião, este tipo de abordagem é particularmente importante para uma avaliação mais sistemática dos limites estruturais e das estratégias necessárias para se avançar com as possibilidades de reformas psiquiátricas em países periféricos, particularmente, em contexto neoliberal.

Infelizmente, essa vertente marxista de estudo da história da psiquiatria não teve suas obras publicadas nem discutidas no Brasil. Considero-me o único a comentar e divulgar suas ideias no País, em trabalhos e livros publicados desde 1992 (VASCONCELOS, 1992; 2000; 2008).

## Uma Avaliação das Correntes da História da Psiquiatria no Contexto da Crise Atual do Capitalismo, no Brasil e na Europa

Em países como o nosso, particularmente no Cone Sul da América Latina, a reivindicação de políticas sociais universalizantes sempre encontrou limites estruturais, desenvolvendo-se um padrão de políticas seletivas, normalmente, para aqueles integrados ao mercado formal de trabalho. Nas décadas de 1960, 1970 e em parte da década de 1980, as ditaduras militares e a repressão aos movimentos sociais populares calaram todos os anseios de universalização. Foi apenas após a derrocada da ditadura que a luta democrático-popular, no Brasil, conseguiu inserir essa reivindicação na Constituição de 1988. Contudo, já estávamos em um contexto de pleno avanço das políticas neoliberais. Todos nós sabemos do enorme esforço político necessário para tentar implantar o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto do Idoso, a educação universal para todos e a nossa reforma psiquiátrica.

A meu ver, as perspectivas teóricas principais que temos utilizado para pensar o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, inspiradas em Foucault ou centradas na micropolítica, ou a partir da experiência italiana, apresentam dificuldades estruturais para abarcar devidamente esse quadro mais geral da crise socioeconômica atual e das políticas sociais no País.

Foucault e os teóricos da micropolítica têm, especialmente, alguns limites nesse processo, por compartilharem alguns pressupostos histórico-políticos implícitos em seus construtos:

- a) uma profunda desilusão com o socialismo real vigente na época, representado pela então União Soviética e pela maioria dos partidos comunistas europeus, que efetivamente apresentavam profundos e inúmeros problemas, o que os levou a rejeitar qualquer perspectiva de análise sobre projetos políticos alternativos mais globais para a sociedade capitalista;
- b) uma crença implícita no avanço contínuo e na estabilidade do projeto social democrata vigente

na França e na maioria dos países europeus, cujo estado do bem-estar garantia, até então, um padrão de vida considerado razoável para os cidadãos devidamente reconhecidos daqueles países (embora não para os estrangeiros que ali vivem), gerando um consenso político implícito que não colocava em questão o modelo histórico do pós-guerra;

- c) uma avaliação implícita da possibilidade de reversão dos pilares da psiquiatria convencional e de suas funções na sociedade, por uma mudança em seus pressupostos epistemológicos e culturais, e das relações de poder difusos na sociedade, ou seja, na forma de uma revolução cultural, molecular, micropolítica e institucional, sem a necessidade de mudanças mais profundas na atual estrutura econômica e social.

No quadro desse consenso político implícito, os movimentos sociais e os teóricos radicais puderam se dedicar às lutas micropolíticas, de inegável importância estratégica para o questionamento das relações de poder e para o aprofundamento da democracia nas instituições, na cultura, na política ambiental, nas relações de gênero e etnia, das políticas sociais, e da vida social e subjetiva em cada uma de suas esferas particulares. Entretanto, rejeitavam qualquer possibilidade de construtos teóricos mais amplos, que questionassem os rumos mais gerais do projeto histórico vigente. Contudo, é exatamente esse consenso político social democrata que está ruindo com a atual crise econômica, política e social europeia, colocando também em crise as teorias sociais e políticas desenvolvidas até então.

Para nós, no Brasil, por nos inserirmos nessa ordem mundial como país periférico, nunca tivemos este padrão de bem-estar social, mas lutamos para conquistá-lo. Nossa sistematização mais avançada nesse sentido foi desenvolvida no contexto da luta pela democratização, particularmente, pelo movimento sanitário, que depois vanguardou o debate político e social da Constituição de 1988. Entretanto, essa sistematização, que incorporou o pensamento social radical europeu, também pressupunha um processo crescente de democratização da sociedade, da economia e do Estado, no sentido de absorver, cada vez mais, os interesses das classes

populares do País e comportar, até mesmo, uma eventual ocupação do governo por essas forças, que poderia levar adiante este projeto sem limitações estruturais.

O aprofundamento das políticas neoliberais no País e as dificuldades estruturais que vem colocando para o quadro social e econômico da população e para a ampliação das políticas sociais universais, mesmo em governos do Partido dos Trabalhadores, já indicadas na análise de conjuntura acima, nos exigem, necessariamente, analisar os limites do pensamento social limitado à esfera micropolítica e de nossas estratégias políticas concretas.

A meu ver, é importante fazer uma advertência aqui, no sentido de dar precisão a minha proposta neste trabalho: não se trata de reivindicar o marxismo da velha esquerda tradicional, uniteórico, incapaz de uma análise sistemática das contradições e problemas do socialismo real, e impermeável ao diálogo pluralista e interdisciplinar com outras correntes radicais de pensamento social, político, ambiental e acerca da subjetividade (VASCONCELOS, 2010a). Trata-se sim, neste primeiro momento, de incorporar a economia política ao conjunto das abordagens que nos inspiram, como instrumento de análise histórica mais ampla, e, particularmente, de análise da conjuntura e das políticas sociais.

### **As Implicações da Ausência de uma Teorização Adequada da Conjuntura e das Políticas Sociais para o Movimento Antimanicomial**

Em minha opinião, dentro do movimento antimanicomial, no Brasil, essa ausência de uma análise mais sistemática das condições estruturais de avanço das políticas sociais, da saúde e, principalmente, da saúde mental, acabou lhe imprimindo, pelo menos, algumas características problemáticas:

a) Um viés voluntarista, de lideranças e profissionais que investem muito na formação clínica, psicossocial ou micropolítica, e na prática assistencial nos serviços, mas que são pouco estimulados a desenvolver sua capacidade de avaliação das políticas

sociais e das condições estratégicas de avanço e recuo no planos federal, estadual e municipal. Como vimos acima, a abordagem foucaultiana, que é hegemônica no Brasil para pensar a evolução histórica da psiquiatria, apresenta contribuições necessárias e fundamentais, mas tem muito pouco a oferecer neste plano de análise, pois foca mais os processo culturais, de conhecimento e de micropoderes do que as estruturas mais amplas da economia e do poder político, que hoje impõem limites estruturais ao avanço da reforma psiquiátrica.

b) Uma enorme dependência do espaço político e da luta institucional apenas dentro do aparelho do Estado, nos governos locais (por exemplo, nas coordenações municipais de saúde mental) e estaduais, mas, particularmente, do governo federal (cuja expressão institucional central é a coordenação dentro do Ministério da Saúde). Essa dependência se torna muito mais dramática onde e quando temos governos conservadores, que não têm identidade ou se opõem aos movimentos sociais populares e as suas lutas.

c) A manutenção de um relativo distanciamento das lutas mais gerais do movimento sanitário, do SUS, de outras políticas sociais e, particularmente, dos demais movimentos sociais populares mais ativos. Em geral, é dada pouca prioridade ao ativismo nos conselhos e nas conferências nacionais de saúde, embora isso também varie a partir das tendências internas do movimento. No Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), uma exceção importante e honrosa a essa tendência é a atuação de Paulo Amarante junto ao CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e à ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), duas importantes entidades do movimento sanitário brasileiro. Esse distanciamento fez o nosso movimento ficar muito dependente do espaço político e da reflexão teórica providos, de antemão, pelo movimento sanitário, que, por sua vez, vem sistematicamente se institucionalizando,

se fragmentando e perdendo força no País. Contudo, hoje há setores particulares do movimento que estão se remobilizando e lutando contra a privatização no SUS, como o Fórum em Defesa do SUS, geralmente, sem qualquer apoio de nosso movimento. É claro que a criação do próprio movimento antimanicomial, em 1987, tentou ampliar as bases de sustentação nos demais movimentos sociais e na sociedade civil. Os eventos de 18 de maio até hoje buscam esse objetivo, mas, em geral, realizam apenas uma divulgação de nossas bandeiras no meio da população, de forma difusa. Embora a maioria absoluta dos demais movimentos sociais esteja desmobilizada ou foi cooptada pelos governos do PT, alguns deles estão fortemente ativos, como os movimentos dos sem terra, dos sem teto, dos indígenas e, em alguns lugares e setores, o movimento sindical e estudantil. Na maior parte do País, temos poucos vínculos com esses movimentos, e esse isolamento do nosso movimento o fragiliza ainda mais.

d) Como característica mais clara do MNLA, e não da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) – as duas tendências que constituem as principais correntes do movimento no Brasil –, a militância ficou reduzida à ação local e se negligenciou a organização política nacional, capaz de avaliar e responder rapidamente aos desafios colocados pela conjuntura e pela luta antimanicomial. O MNLA acabou se respaldando na presença do companheiro Pedro Gabriel na Coordenação Nacional de Saúde Mental, na década de 2000, sem construir uma articulação política mais efetiva no plano nacional.

Um Exemplo de Contribuição da Economia Política para Análise de um Desafio Político Recente da Reforma Psiquiátrica Brasileira – A Atenção à Crise (VASCONCELOS, 2010b):

Não é possível avaliar, neste trabalho, todos os ângulos e temas da questão indicada neste tópico, mas gostaria de exemplificar este tipo de análise com apenas um deles: as dificuldades da atenção à crise no atual contexto de políticas neoliberais. A atenção à crise mental exige, necessariamente, a provisão de uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, cujo maior desafio é constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos.

No nosso modelo de reforma psiquiátrica, esses devem ser providos no território e de forma articulada com a atenção diária e a atenção básica. Assim, a unidade mais adequada para esses leitos é o CAPS III, com funcionamento durante as 24 horas do dia e nos finais de semana. Contudo, é possível pensá-los também sob a forma de leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou em hospitais gerais. É importante distingui-los das chamadas ‘alas psiquiátricas’, que são muito mais problemáticas. A meu ver, o número de leitos psiquiátricos em hospitais, no Brasil, deve ser expandido, desde que represente dispositivos regulados, supervisionados, e não busque centralizar a rede de cuidados, que deve ser referenciada no âmbito dos serviços territoriais abertos. Nos casos de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, é possível, também, pensar em leitos de referência Álcool e Drogas (AD) em hospital geral.

Até 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental constatava que havia um reconhecido déficit em todos esses tipos de leitos de atenção integral. Os dados mais recentes disponibilizados pelo Ministério da Saúde (ver Tabela 3 do boletim Saúde Mental em Dados 10, de março de 2012, com indicadores de dezembro de 2011) indicam que temos 63 CAPS III e 5 CAPS III AD em todo o território nacional, concentrados nos seguintes estados: São Paulo (29) e Minas Gerais (10). Em outras palavras, estão localizados em poucos estados e cidades mais ricas, e/ou com maior comprometimento político com o processo de reforma psiquiátrica.

<sup>1</sup> Para uma avaliação mais específica deste processo e do próprio MNLA como tendência dentro do movimento antimanicomial, ver outro texto de minha autoria, intitulado ‘Impasses políticos atuais do MNLA e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e dispersão política!’, ainda não publicado, mas que vem sendo também divulgado em nossas listas de discussão na Internet.

A rede de demais tipos de CAPS totaliza a cifra geral de 1.742 CAPS (dos tipos I e II, CAPS AD e CAPSi), que, geralmente, hoje trabalham em sua capacidade máxima, tendo dificuldades em assimilar novos usuários, em prover atenção intensiva àqueles que o necessitem, e estão fechados à noite e nos finais de semana. Temos ofertado um número baixo de leitos psiquiátricos de atenção integral em hospitais de emergência e hospitais gerais, totalizando, no final de 2011, a cifra de 3.910 leitos, um número que não chegou a dobrar aqueles já instalados no início da década de 1990.

Assim, a meu ver, na expectativa de chegar imediatamente ao nosso objetivo estratégico, ou seja, no CAPS III, reduzimos, congelamos ou deixamos sucatear nossa retaguarda de leitos de atenção integral. Em outras palavras, essa transição no processo gradual de reforma implica em um gap (vazio) assistencial na área da atenção à crise, que tem ampla visibilidade social e veiculação na mídia escrita e falada.

Isso aparece, por exemplo, na avaliação dos CAPS paulistas feita pelo CREMESP (Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – do Estado de São Paulo, 2010). Segundo o estudo,

*a maioria destes (54,2%) possui retaguarda regular para emergências psiquiátricas; enquanto 31,3% não possuem nenhum tipo de retaguarda e 14,5% contam apenas ocasionalmente com retaguarda para emergência psiquiátrica.*

A questão do financiamento coloca razões efetivas para preocupação. Em 2010, pudemos estimar que, em São Bernardo (SP), um CAPS III custava, no mínimo, 120 mil reais por mês, e exige uma enorme vontade política de gestores e profissionais para lidar com os desafios e a complexidade de sua tarefa. Em Campinas (SP), o custo mensal era ainda mais alto, estimado em 210 mil reais. Além disso, um dos maiores dilemas é manter a adesão de psiquiatras para o plantão nas 24 horas/sete dias da semana, pelo custo ou pelas condições do mercado profissional.

Em nosso sistema tripartite, o governo federal repassa 1/3 do custo do CAPS III, e os governos

estaduais e municipais deveriam dividir o restante da conta. Na verdade, só municípios muito engajados politicamente conseguem conquistar o apoio financeiro de seus respectivos estados, ou são mais ricos e conseguem assumir sozinhos os 2/3 do custo dos serviços.

Em outras palavras, no presente quadro político e econômico de hegemonia neoliberal e de subfinanciamento do SUS, a expansão necessária de serviços de atenção integral à crise mais efetivamente substitutivos do hospital apresenta bloqueios estruturais. Apenas os municípios mais ricos e politicamente mais engajados conseguem implantar os principais serviços substitutivos que preconizamos.

Como indicado acima na análise de conjuntura mais global, situações similares vêm acontecendo em outros países. Na Itália neoliberal de Berlusconi, o recurso mais frequentemente encontrado para lidar com o sucateamento dos serviços substitutivos vem sendo fazer uso prolongado e massivo dos leitos psiquiátricos em hospital geral, claramente pervertendo o modelo da reforma.

## Considerações Finais

O quadro de crise mundial e de políticas econômicas neoliberais que temos hoje configura um cenário estrutural e conjuntural muito desfavorável às políticas sociais universais e as suas bandeiras específicas, como a reforma sanitária e a psiquiátrica. Este texto colocou em questão a nossa capacidade, enquanto movimento social antimanicomial, de enfrentar com a devida precisão a avaliação deste momento histórico tão desafiante. Como constatamos acima, do ponto de vista teórico e político, o movimento antimanicomial brasileiro tem mostrado uma fragilidade em avaliar este quadro estrutural mais amplo, e em estabelecer estratégias adequadas para o seu enfrentamento. Indicamos, ainda, as limitações e os riscos políticos em que incorremos ao mantermos essa fragilidade.

A tese defendida aqui, nesse contexto, foi a de que, pelo menos do ponto de vista teórico, a

economia política e um marxismo renovado, capaz de diálogo interteórico, têm muito a nos oferecer, com suas ferramentas teórico-conceituais e de análise histórica e de conjuntura.

Não se trata de abrir mão do pensamento social radical, que a partir dos anos 1960 renovou a perspectiva pluralista dos novos movimentos sociais libertários e de novas tendências teóricas de análise e que, inclusive, abriram a perspectiva da luta antimanicomial como movimento social específico. Entretanto, a crise atual mostra ‘que o buraco talvez seja ainda mais embaixo’, que há estruturas que resistem e aprofundam a miséria humana e a crise planetária, e que torpedeiam os nossos objetivos parciais de luta na sociedade mais ampla.

Em última análise, trata-se de retomar e renovar as nossas raízes de militância popular e de esquerda, cujos

muitos erros do socialismo real e de seus representantes em nossos países – os partidos comunistas convencionais – nos estimularam a delas nos distanciarmos. Somos nós, que temos a maior responsabilidade por pensar os rumos do processo de reforma psiquiátrica neste País, que devemos nos mobilizar para dar conta das novas tarefas.

Deixar de fazê-lo, neste quadro difícil, pode nos arrastar mais facilmente na correnteza da crise. Quando chegamos nos momentos mais difíceis de nossa viagem, em que a corredeiras do rio se avolumam, as estratégias usuais de remar a nossa canoa podem não dar mais conta de sustentar o trajeto até então conhecido. Então, é hora de dar algumas paradas, refletir, conhecer melhor o rio e seus fluxos mais traiçoeiros e, renovando nossas energias, retraçar os devidos caminhos.

---

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* 10. 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 mar 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: CREMESP, 2010.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GAUCHET, M. SWAIN, G. *La pratique de l'esprit humaine: l'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard, 1980.
- SCULL, A. *Decarceration: community treatment and the deviant - a radical view*. Cambridge: Polity, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Museums of madness: the social organization of insanity in the nineteen century England*. London: Allen Lane, 1979.
- STEFFEN, W. et al. The anthropocene: from global change to planetary stewardship. *Ambio: a Journal of the Human Environment*, Estocolmo, v. 40, n. 7, p. 739-761, nov 2011.
- VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais*. São Paulo: Hucitec, 2008. 3 v.
- \_\_\_\_\_. (org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010b.
- \_\_\_\_\_. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: CEGRAC, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Impasses políticos atuais do MNLA (Movimento Nacional da Luta Antimanicomial) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e dispersão política!* Rio de Janeiro, Projeto Transversões. Texto de discussão interna, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Karl Marx e a subjetividade humana*. São Paulo: Hucitec, 2010a. 3 v.
- \_\_\_\_\_. *Saúde mental e serviço social*. São Paulo: Cortez, 2000.
- WARNER, R. *Recovery from Schizophrenia: psychiatry and political economy*. London: Routledge and Kegan Paul, 1985.