

# REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

*Psychiatric Reform and psychosocial care in Brazil: sociohistorical  
contextualization, challenges and perspectives*

**Walter Ferreira de Oliveira**  
Professor Associado  
Departamento de Saúde Pública  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Walter.oliveira@ufsc.br

**RESUMO:** Este artigo faz um breve retrospecto da Reforma Psiquiátrica contextualizando social e historicamente a produção intelectual como meio para realização da atenção psicossocial, vista como um novo conjunto de dispositivos com fins de efetivar as propostas da Reforma. Analisa o impacto dos movimentos sociais das décadas de 1960 e 1970 no surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica, até a promulgação da Lei 10.216/2001. Aponta, ao final, os desafios e os rumos da atenção psicossocial, considerando os rearranjos nas relações de poder e de hegemonia no campo da saúde mental.

**PALAVRAS CHAVE:** Reforma psiquiátrica. Saúde mental coletiva. Atenção psicossocial. Poder. Hegemonia.

**ABSTRACT:** This article briefly reviews the the psychiatric reform in Brazil, contextualizing the intellectual production as a means for the realization of psychosocial care. The latter is perceived as a field constituted by various elements for effecting the reformist proposals. The impact of the human rights movements of the 1960s and 70s is factored and the challenges and perspectives of the Reform are discussed, considering the rearrangements of power and hegemonical relationships within the mental health field.

**KEYWORDS:** Psychiatric reform. Collective mental health. Psychosocial care. Power. Hegemony.

## 1 A FUNDAMENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Tendo como marcos, entre outros, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), deflagrado no Rio de Janeiro em 1978, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte e o V Congresso Brasileiro

de Psiquiatria realizado em Camboriú, Santa Catarina, em 1979, a inauguração do CAPS Luíz Cerqueira, em São Paulo, em 1986, a fundação do Movimento de Luta Antimanicomial em Bauru em 1987, a experiência de Santos, iniciada no governo municipal que se iniciou em 1989 e que teve como Secretário Municipal de Saúde o médico sanitário David Capistrano; e até sua conformação atual, sob a vigência da Lei Federal 10.216, promulgada em 2001, desenvolve-se, no Brasil, um importante processo social que visa reformular o modelo de atenção em saúde mental e busca um novo lugar social para as pessoas acometidas de transtornos psíquicos. A este processo, que se caracteriza como um conjunto de ações coletivas, intersetoriais, com grande influência de profissionais de saúde mental e com a marcante participação de usuários e familiares das pessoas acometidas de transtornos psíquicos, nos referimos comumente como Reforma Psiquiátrica (RP). Esta, como outros processos ligados à melhoria da qualidade de vida, toma desde seu início contornos de movimento social, inserindo-se no panorama nacional como de cunho profissional, científico e político. Como tal, a RP é multifacetada, polifônica e plena de contradições, enfrenta obstáculos de naturezas diversas e admite raízes filosóficas as quais podem ser encontradas, do ponto de vista epistemológico, nos questionamentos sobre a doença mental - seu entendimento, seu cuidado e suas representações sociais -, sobre as maneiras de explicar os fenômenos psíquicos e sobre as relações institucionais de poder.

O movimento da RP contextualiza a expansão dos olhares disciplinares e setoriais sobre a área da saúde mental e constitui, historicamente, um novo campo prático e conceitual, cujas bases mais recentes se refletem nas obras de, entre outros, Maxwell Jones (1972), Ronald Laing (1959), Erving Goffman (2001), Michel Foucault (1999), Thomas Szasz (1977; 1974) e Franco Basaglia (1985; 2005). A partir destas fontes a Reforma aproxima-se, epistemologicamente e em termos de práticas, à Psiquiatria Democrática italiana (BASAGLIA, 2005; 1985; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) e configura, em paralelo a esta, um campo próprio, que tem admitido diferentes denominações ao longo de seu curso histórico. Entre estas denominações encontramos na literatura os termos Saúde Mental Coletiva - SMC (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993; FAGUNDES, 1993; COSTA-ROSA, LUZIO; YASUI, 2003) e Atenção Psicossocial - APS (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 2007).

Comum a estas denominações é a identificação com um conjunto de práticas, produções teóricas, ações político-jurídicas e intervenções sociais e culturais que favorecem uma compreensão abrangente do aparato de saber-poder que define as posições de hegemonia e contra-hegemonia no campo da saúde mental. Integram-se neste conjunto outras propostas, que se fizeram presentes no decurso histórico da Reforma (MOFFAT, 1982; PITTA, 2001) e que juntas caracterizam uma postura eminentemente crítica sobre o modelo biomédico-organicista tradicional e hegemônico de tratamento das doenças mentais e de atenção e cuidado em saúde mental. Este conjunto, um patrimônio técnico e epistêmico, tem proporcionado sustentação prática e teórica ao movimento da RP. Partimos, portanto, da premissa de que as propostas da SMC e da APS, secundadas por outras correlatas, configuram um mesmo campo de fazer e saber e confundem-se historicamente com a própria evolução da Reforma. Por isso utilizaremos neste texto estas duas denominações, SMC e APS, como unitermos.

O campo da SMC e da APS é pensado, originalmente, a partir da conjugação de produção teórica, transformação de práticas e mudanças institucionais fundadas no referencial da Saúde Coletiva latino-americana e brasileira. Este campo fortalece-se historicamente com a realização das 8ª (1986) e 9ª (1987) conferências nacionais de saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, reconhecidas como ações político-sociais estruturantes do Sistema Único de Saúde – SUS e que propiciaram a realização de uma quantidade de conferências municipais e estaduais de saúde mental.

As conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde e de saúde mental constituem parte importante do processo de reforma de práticas sanitárias e podem potencializar transformações do ordenamento jurídico-político, da representação social, da construção cultural e da estrutura de gestão do setor saúde. No modelo tradicional de sistema de saúde, vigente no Brasil antes do SUS, os principais sujeitos no terreno da saúde mental eram os médicos psiquiatras, os gestores, que trabalhavam em uma perspectiva de ação centralizada, e instituições hospitalares e asilares geralmente de caráter total (GOFMAN, 2001; AMARANTE; OLIVEIRA, 2004). Na nova ordenação proposta no contexto do SUS e assimilada no campo da SMC estes sujeitos

passam a dividir seu protagonismo com os movimentos sociais, os serviços de novas características, os profissionais de diversas disciplinas e os técnicos com uma nova formação (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993).

A emergência histórica da SMC / APS dá suporte teórico à luta pela substituição de leitos hospitalares psiquiátricos por serviços de saúde mental resolutivos, de diferentes portes, com atenção integral, compatíveis com as características e necessidades da população, incorporados a uma rede de dispositivos sociais, modificando o padrão de resposta sanitária. Busca-se a instauração de uma nova visão cultural e uma nova inserção social da loucura. Utiliza-se como um dos conceitos fundamentais o de desinstitucionalização, entendido em uma perspectiva ampla onde, através de um reposicionamento lógico, ético e estético se possa transformar essencialmente a ordem institucional e desconstruir poderes estabelecidos (OLIVEIRA, 2009; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; DELGADO, 1994). Pleiteia-se que a produção de conhecimento seja coerente com a democratização, com o resgate dos direitos humanos e da cidadania. Almeja-se a mudança da estrutura e das práticas administrativas e uma gestão social compatível com o processo de descentralização (FURTADO, 2009). Trata-se, portanto, de um processo social transformativo, atuando sobre o modo de entender e responder a uma problemática multidimensional, que propõe mudanças essenciais no aparato jurídico-político e administrativo, com repercussões na resposta sanitária, na produção científico-tecnológica, e que insere definitivamente a saúde mental no campo das políticas sociais.

## **2 O CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO DAS REFORMAS SETORIAIS: DÉCADAS DE 60-70**

A expansão conceitual, jurídica, técnica e sócio-cultural da RP brasileira enraíza-se nos grandes movimentos internacionais de massa que caracterizaram as décadas de 1960 e 70, em defesa dos direitos humanos e civis e contra os poderes estabelecidos e a percebida opressão exercida por

estes. Estes movimentos admitem como um marco inicial as lutas contra a discriminação racial nos Estados Unidos. Estas lutas colocaram, de um lado, a população negra, estigmatizada, mas bem organizada, contando com lideranças fortes, como de Martin Luther King e Malcolm X, apoiadas socialmente por simpatizantes progressistas e politicamente no contexto do governo John Kennedy; e de outro lado os poderes institucionais representados principalmente pelos governos dos estados do sul dos Estados Unidos, também com suas fortes e carismáticas lideranças, entre elas George Wallace, que em sua carreira política foi senador e governador de Estado. O panorama era protagonizado ainda por organizações não governamentais defensoras dos direitos civis, por organizações criminosas, mas que contavam em suas hostes com cidadãos comuns, como a Ku Klux Kahn, e um número enorme de indivíduos e organizações que defendiam, no âmbito social, a segregação racial. Estas lutas denunciaram, de forma chocante, o comprometimento, na prática, dos ideais de igualdade e livres oportunidades do projeto americano, expondo a luta de classes presente nos Estados Unidos, onde cidadãos, por conta de uma característica de nascença (a cor da pele) não tinham acesso a seus direitos humanos básicos e eram estigmatizados, oprimidos, tratados como classe inferior. E mostraram também que, esta população, organizada e com apoio social e político, podia reverter esta situação de opressão.

O movimento contra a discriminação racial no sul dos EUA abalou profundamente aquele país, propiciando uma quebra de confiança nas instituições, sem precedentes em sua história. Deflagrou-se, então, no território americano e no resto do mundo ocidental industrializado, uma série de movimentos que culminaram com o confronto de classes oprimidas, principalmente as massas trabalhadoras, contra indivíduos e instituições identificados como seus opressores, que eram categorizados, de uma maneira geral, como o *establishment*. As lutas por direitos humanos e contra a opressão do *establishment* juntou na Europa, pela primeira vez, estudantes e classe proletária atuando lado a lado como militantes em um movimento social amplo (CASANOVA; PREVOST; METZGER, 1976). Esta aliança trouxe, para os movimentos de classe, um componente de intelectualização, o que se potencializou com o engajamento concomitante de artistas e intelectuais.

Eventualmente, outros fatores incrementaram as tensões sociais e fomentaram um engajamento cada vez maior de segmentos populacionais nos movimentos que dividiam o mundo ocidental. A guerra do Vietnam foi um fator primordial, mais uma vez pondo à vista a participação duvidosa dos Estados Unidos em um conflito aparentemente inútil e imoral. Ainda com o protagonismo dos Estados Unidos, a *guerra fria* propunha a divisão do mundo em duas partes, os alinhados com os EUA e os alinhados com a União Soviética, e a *intelligentsia* americana fomentava que esta divisão captasse o imaginário social e que se identificasse nos dois lados o bem e o mal, o bom e o ruim, o moderno e o arcaico, Deus e o diabo.

Os confrontos entre os que se sentiam oprimidos e o *establishment* nos EUA e Europa Ocidental contagiou o mundo comunista e a primavera de 1968 testemunhou o ápice destes movimentos no lado soviético, em Praga, onde manifestantes acabaram sendo brutalmente esmagados pela invasão de tanques russos.

Juntaram-se a este quadro os avanços que trouxeram maior liberdade na sociedade, tais como a pílula anticoncepcional, que abalou as relações tradicionais de gênero fundadas em uma indiscutível ordem patriarcal, e os avanços tecnológicos que propiciaram o progresso de diversas indústrias, inclusive as ligadas à mobilidade, como a aviação comercial e de passageiros, e à comunicação como a indústria fonográfica e a televisão. A participação de um segmento formado por jovens e intelectuais, inicialmente nos EUA, representando uma tendência e a que se denominou de *hippies*, defendendo abertamente o uso de drogas alucinógenas como parte de uma revolução social e espiritual e a renúncia a toda forma de violência (*make Love not war* – faça amor e não a guerra, era um de seus motes principais), adicionou complexidade ao desenvolvimento destes fenômenos sociais..

O resultado foi a emergência de um caldo cultural globalizado onde as instituições sociais, e a sociedade como um todo, tornaram-se alvo de escrutínio sob diversas óticas, análises eminentemente politizadas. Uma imensa produção intelectual e artística, ativamente preocupada com os problemas sociais e políticos da época, materializaram-se no cinema, no teatro, na música, na literatura, no rádio, na televisão e nas artes plásticas. Este panorama foi acompanhado pelo fortalecimento de um aparato de mídia que,

apesar de refletir as cisões ideológicas, constituía-se em um espaço importante de capilarização das discussões pelos diversos territórios e segmentos sociais. O mundo ocidental e sua milenar cultura apresentava-se em toda sua fragilidade e dividido, até certo ponto, de forma irreconciliável. Os poderes hegemônicos eram revelados, seus abusos denunciados e a demanda por justiça, equidade e transformações tornou-se patente.

A América Latina viveu, de sua maneira, este momento histórico. Em 1959 ocorre a revolução cubana, mudando os rumos traçados pelos poderes estabelecidos para o povo daquele país. Cuba era pensada como uma espécie de *resort* onde ricos americanos poderiam passar férias usufruindo de suas praias paradisíacas e jogar nos cassinos de luxo, tendo o povo cubano como servos de uma indústria turística voltada para estes objetivos, tudo garantido por um regime ditatorial e *amigo* dos Estados Unidos, na época representado pelo governo de Fulgêncio Batista. A tomada do poder, pelas armas, e a instauração de um estado socialista alinhado com a União Soviética e a China comunista não só atrapalhou estes planos, mas surpreendeu o mundo pela disparidade de força militar existente entre os dois países. Cuba demonstrava que as forças do poder não eram invencíveis do ponto de vista do confronto armado, nem necessariamente legitimadas do ponto de vista político e moral. A revolução cubana e sua proposta socialista passou então a ser considerada, por simpatizantes à revolução, como modelo possível para outros países latino-americanos, entre eles o Brasil, onde a eleição de João Goulart para presidente, em 1960, recolocou o país no caminho de um socialismo latino.

O governo João Goulart promoveu uma série de reformas que o tornou, à vista da classe dominante brasileira e do governo dos Estados Unidos, perigoso e insuportável. O golpe militar de 1964 pôs fim ao caminho traçado por Goulart, mas não ao pensamento reformista que se permeava por todas as áreas sociais e acompanhava o caldo cultural revolucionário global. Tal como nos EUA e na Europa, o Brasil da década de 60 se caracterizou pela dissensão provocada pelo despontar de movimentos sociais e onde se engajavam, como nunca antes, talentosos artistas. Foi uma época áurea para o cinema, o teatro, a música, as artes plásticas e a literatura brasileiros, territórios que permitiram o engajamento de artistas e seus seguidores aliar-se aos estudantes e às

organizações sindicais em um movimento social amplo primordialmente contra a ditadura militar e seus dispositivos de suporte social, mas também pelas liberdades e pelos direitos universais, que eram o foco do movimento internacionalizado. O país também estava dividido, com um grande contingente, principalmente de classe dominante e de classe média ascendente apoiando as forças da ditadura, sob a bandeira do anti-comunismo. A Igreja Católica, uma força política importante na América Latina, também se apresentava dividida, surgindo em seu seio um movimento que se alinhava com os movimentos sociais de transformação, a Teologia da Libertação.

Outros países da América Latina seguiam o mesmo caminho. No Chile o despontar do movimento social, que congregava trabalhadores, artistas intelectuais e profissionais liberais, chegou a tornar aquele país conhecido como “a Paris da América Latina”. Foi ali que se refugiaram muitos dos exilados durante as ditaduras militares que surgiram na Argentina, no Brasil, no Uruguai e no Paraguai, entre eles o brasileiro Paulo Freire, cujas obras eram contrabandeadas de Santiago para se distribuírem clandestinamente em sua terra natal.

O movimento das classes trabalhadoras chilenas potencializou-se como nunca no governo de Salvador Allende, atingindo um nível de politização e organização que lhe trouxe, em consonância com aquele governo, o controle do Estado. Mas o sonho chileno e a vida de Allende foram brutalmente terminados pelos canhões e bombas atirados contra o palácio de La Moneda no fatídico 11 de setembro de 1973, ascendendo ao poder a ditadura militar do general Augusto Pinochet.

### **3 A REVOLUÇÃO NA PSIQUIATRIA COMO PRODUTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS**

Em meio a este quadro intenso e efervescente, pleno de sonhos e desenganos, com o mundo ocidental e cada país divididos pela guerra fria, cindidos entre posições revolucionárias e resistentes à revolução, engajados em lutas a favor e contra as ditaduras impostas nos países do chamado Terceiro Mundo, discutia-se, também de forma intensa e aprofundada, a



opressão dos internados nos manicômios e, contingencialmente, a loucura, a psique e a saúde mental. O movimento das comunidades terapêuticas, que floresceu na Inglaterra em 1950, foi um passo na direção de considerar o paciente internado em instituições psiquiátricas como possível participante na implementação de seu tratamento (JONES, 1972), uma concepção revolucionária *vis a vis* a concepção vigente da indiscutível incapacidade, improdutividade, inutilidade e periculosidade destes sujeitos.

A psiquiatria de setor, implementada na França ao início da década de 60, constituiu-se em uma política consistente não só com os direitos dos pacientes, mas também com o entendimento de que o contexto social e cultural exerciam um papel concreto e fundamental no processo terapêutico. Foi uma primeira tentativa de territorialização na atenção às pessoas internadas, que não teve maiores repercussões práticas, à época, devido aos problemas enfrentados na sua implementação no contexto tradicional francês (AMARANTE, 1995).

Os trabalhos de Ronald Laing (1975, 1971a; 1971b; 1959), David Cooper (1971) e Aaron Esterson (1972), isolados ou em conjunto (LAING; COOPER, 1971; LAING; ESTERSON, 1970) a partir das experiências implementadas na Clínica Tavistock, em Londres, propiciaram um abalo maior, do ponto de vista epistemológico e técnico-assistencial. Laing, Cooper e Esterson, bem como autores que com eles se associavam academicamente, como Thomas Sasz, Erving Gofman, Jean Paul Sartre e Michel Foucault, politizavam a intervenção em saúde mental e faziam uma leitura que contextualizava as ideologias que sustentavam o poder psiquiátrico e o poder econômico da indústria médico-hospitalar- farmacêutica. Sua importância foi tal que uma designação foi criada (não por seus autores) para identificar estas novas leituras: antipsiquiatria..

A antipsiquiatria desafiava, com base na experiência clínica, os princípios da psiquiatria hegemônica da época. Entendia que a institucionalização era quase sempre prejudicial, que a idéia de que o louco era primordialmente improdutivo, incapaz, inútil e perigoso era, acima de tudo, fabricada pelo sistema manicomial, e que, se conduzido de forma competente, o tratamento psiquiátrico poderia reverter quadros clínicos que, a ver da psiquiatria vigente, eram inevitavelmente cronicantes. Laing associava-se com a escola fenomenológico-existencial e tornou-se o autor mais em sintonia com o grande contingente de psiquiatras e outros profissionais de saúde mental que

incorporavam o emergente e contagiante espírito global de revolução. Radicalizando a fenomenologia existencial (do ponto de vista do *establishment* psiquiátrico da época) Laing apregoava que o paciente psiquiátrico devia ser compreendido em seu sofrimento, que um dos papéis do terapeuta residia na solidariedade, que a empatia era um elemento essencial na terapêutica, que as relações de poder entre terapeuta e paciente devem ser questionadas e que a camaradagem era um modo relacional a ser perseguido por ser uma forma de resgatar a igualdade, a humanização e o potencial terapêutico (LAING, 1959).

Este espírito foi captado por Franco Basaglia, psiquiatra italiano que iniciou, no início da década de 70, um processo de desinstitucionalização nos manicômios da Itália. Com base nos resultados obtidos por Basaglia em sua prática nos manicômios italianos e com uma sólida estrutura epistêmica garantida pela leitura aplicada da antipsiquiatria, entre outras influências, e pelos trabalhos dele próprio, e de seus colegas Franco Rotelli, Franca Basaglia, Peppe Dell'Ácqua, Giovanni Berlinguer e outros, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana propiciou a promulgação, em 1978, da Lei 180, que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália e incentivava a desativação dos já existentes.

O desdobramento da revolução Basagliana foi um projeto nacional para a saúde mental centrado na desinstitucionalização, em seu entendimento mais amplo (ROTELLI, 2001) e que contou com a construção de um sistema de rede, onde serviços substitutivos (aos manicômios), organizações comunitárias e cooperativas de trabalho tornaram-se os grandes motores de um processo de transformação social que propunha, em prática, um novo lugar social para a loucura, para a pessoa acometida de sofrimento psíquico, além de fortalecer as posições críticas que apontavam para uma nova compreensão sobre a produção, divulgação e manipulação do saber (e do poder) sobre saúde e doença mental.

#### **4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: AVANÇOS E PERSPECTIVAS**

Seguindo fielmente o espírito da época, o movimento da Reforma Sanitária – RS, no Brasil, configurou-se como movimento revolucionário, de caráter social e político, gestando, durante o regime militar, o embrião do SUS.

Por conta da ditadura, na década de 70, as reuniões de trabalhadores, estudantes e profissionais de saúde eram muitas vezes realizadas clandestinamente, inclusive nos porões das igrejas. O movimento teve influência de pensadores revolucionários da época, além dos já citados anteriormente, de Ivan Illich, dos oriundos dos movimentos sociais da saúde latino-americanos, como o argentino Mario Testa e o chileno Carlos Mattus, além de Paulo Freire, que influenciou praticamente todos os campos ligados às Ciências Humanas e Sociais. O direcionamento que se ia tomando internacionalmente para a saúde, a partir dos encontros e conferências promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua subsidiária, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) pautavam o modelo de sistema que se queria implantar. Na década de 80 ocorre a queda da ditadura e a instauração de uma Assembléia Constituinte, central ao processo inicial de redemocratização do país.

A vertente psiquiátrica do movimento da RS, o embrião da RP, tomou como bases epistêmicas a antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, a partir de 1978, contagiou psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais ligados à saúde mental em todo o país e naquele mesmo ano Basaglia, Gofman, Thomas Szasz e outros expoentes intelectuais revolucionários vieram ao Brasil, participando do Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições. promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise (IBRAPSI, então dirigido pelo psiquiatra argentino Gregório Barembli). Em 1979 Basaglia voltou para participar, em Belo Horizonte, do III Congresso Mineiro de Psiquiatria e o MTSM invade o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, Santa Catarina, mostrando seu vigor frente a alguns de seus maiores oponentes. Já em 1987, em Bauru, fundava-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com participação marcante de usuários e familiares. A psiquiatria era agora, definitivamente, um assunto pertinente à sociedade civil como um todo e não mais apenas propriedade de profissionais, técnicos e gestores da saúde mental.

Com a inscrição do SUS na Constituição Federal de 1988 e com a expansão contínua do movimento da RP, o campo técnico-filosófico da SMC / APS se anunciou, em sintonia conceitual com o movimento de

redemocratização do país. Anúncio que não só se converteu em sustentáculo do movimento de RP, mas que acaba por se constituir em proposta orientadora da nova Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; DELGADO, 1994).

Uma extensa literatura tem historiado, analisado e avaliado nossa RP, desde o surgimento do MTSM em 1978, incluindo nesta análise o surgimento e a evolução do campo da SMC / APS (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011; ROSA, 2008; MERHY; AMARAL, 2007; AREJANO, 2006; AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; CORBISIER, 2000; AMARANTE, 1995; DELGADO, 1994; FAGUNDES, 1994; RESENDE, 1994, SANTOS, 1994). Esta vigorosa produção intelectual alicerça o progresso da RP, fortalecendo a busca da eficácia e da qualidade nos serviços substitutivos, a implantação de uma clínica ampliada, adequada aos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, a formação de recursos humanos, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, a modernização e qualificação da gestão e a consolidação de um novo estatuto político-jurídico que contemple os direitos humanos e à saúde. Esta harmonia entre base epistemológica e ações concretas nos terrenos clínico, formativo e social revela-se como um dos pontos mais fortes do processo de reforma.

Coloca-se, entretanto, como desafio a condução do processo de reforma em meio a uma configuração social e política bastante diferente da existente à época de sua geração. Isto é, o movimento pela RP surgiu como parte de um movimento mais amplo, internacionalizado e engajado nas lutas pelas liberdades políticas, em um ambiente absolutamente tomado pelas intensas discussões e não menos intensas lutas, que propiciavam um ambiente convidativo à conscientização e participação popular. Isto permitia que se visse claramente que a RP é um movimento social e político, embora seu objeto central seja tratado no território técnico-conceitual, e os atores que defendem a RP são eminentemente militantes, além de técnicos e pensadores. Nas décadas de 80 e 90 os militantes concentraram-se em legitimar um estatuto político-jurídico que garantisse a institucionalização dos sucessos alcançados pelas lutas das décadas anteriores. Gradativamente os movimentos sociais se retiraram para locais de trabalho, estabeleceram vias de comunicação próprias,

e de certa maneira quebrou-se a corrente que unia os diversos movimentos sociais.

Houve também, obviamente, uma busca pela retomada dos poderes perdidos por parte das instituições tradicionais. Aos poucos o *establishment* foi encontrando caminhos alternativos para esta retomada e a polarização sofreu uma reconfiguração em termos de atores, dispositivos de enfrentamento e territórios de luta. Durante o período inicial de implantação do SUS os confrontos, na arena político-jurídica incluíam a discussão dos interesses econômicos e políticos da chamada “burguesia da saúde” (LUZ, 1989), constituída pelos proprietários de clínicas e hospitais privados, empresários ligados à indústria médico-hospitalar-farmacêutica, apoiados por uma pequena burguesia que deles depende. Discutiam-se estes interesses frente aos dos defensores de um sistema de características essencialmente públicas, os quais tinham suas próprias divergências internas.

A reconfiguração social e cultural se completou no alvorecer do século XXI, influenciada ainda pelas novas tecnologias, particularmente nas áreas da informação e da comunicação, que promoveram uma nova revolução nos estilos de vida. Outros fatores importantes, no caso brasileiro, foram a retomada da participação democrática nos processos políticos eleitorais e as disputas por espaços institucionais nas esferas de poder, que se ligam, inerentemente, aos alinhamentos político-partidários. Finalmente, uma outra característica do século XXI é a tecnificação das profissões da saúde, acompanhadas pela influência neopositivista, cada vez maior, sobre os processos de avaliação de docentes universitários e dos cursos de graduação e pós graduação.

Um dos resultados desta nova configuração foi a gradativa desarticulação dos movimentos sociais e a despolitização e desengajamento político, na prática, dos docentes universitários. O movimento da RS, por sua característica de estruturante no contexto da reforma de Estado, que se faz necessária frente ao desenvolvimento do novo regime político, consegue sustentar algum nível de articulação. O movimento da RP enfrenta problemas adicionais pois, por um lado, é parte integrante da RS, mas por outro tem características próprias e isto tem se cristalizado em sua tradição evolutiva. O movimento vive uma constante tensão entre sua forte personalidade individual, que transparece em seus

objetos, discursos e maneiras de lidar com os problemas da prática clínico-administrativa, e a demanda de fundir-se com o movimento da RS, através de práticas que o levam à integração no contexto das estratégias estruturantes do SUS. Este desafio é vivido em todos os níveis de atuação dos profissionais, gestores, usuários e familiares das pessoas que demandam atenção psicossocial. Esta integração à saúde como um todo, de um elemento que faz parte orgânica do sistema de saúde; e a despolitização de um movimento essencialmente político; constituem paradoxos que se convertem em um grande desafio, dadas as características sociais, culturais, técnicas, políticas e administrativas do ambiente do século XXI.

Um corolário do acima descrito é a necessidade de articulação conceitual, política, social e administrativa, em um ambiente cultural de esvaziamento de movimentos sociais. Ou como vêm colocando alguns pensadores da RS, e como está colocado no próprio Estatuto do SUS, a partir do Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006) há que buscar a repolitização do SUS. Mas como fazê-lo em um ambiente que desfavorece a politização e luta contra as mobilizações populares, como é o caso do Brasil neste contexto de fortalecimento das forças neoliberais que estrategicamente se concentram na manipulação dos meios de comunicação e das instituições e organizações de formação social e cultural?

Avaliando-se as dimensões internas à RP, o nível técnico-assistencial tem sofrido um avanço, em parte atribuído à instauração de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e médico-cêntrico. Entretanto, tem sido pontuado que o investimento tem se voltado principalmente para o dispositivo CAPS e menos do que o necessário para outros dispositivos igualmente importantes, tais como serviços residenciais terapêuticos, alas ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais e emergências destes hospitais, cooperativas de trabalho e geração de renda, bem como programas de articulação intersetorial. Tem-se apontado que estes dispositivos, quando e onde existentes, têm deixado dúvidas quanto à forma de cumprimento de seus objetivos (ARAÚJO; TANAKA, 2012; MARTINHAGO, 2011; FERRER; ONOCKO CAMPOS, 2009).

A aproximação entre os dispositivos de atenção psicossocial e de atenção primária tem sido apontada como um dos maiores desafios a serem enfrentados no contexto da reforma. A tradição de distanciamento entre os campos da saúde mental e da saúde coletiva, a partir da percepção da saúde mental como especialidade e não como dimensão transversal dos processos saúde-doença é um fator que complica substancialmente as iniciativas de integração. Esforços vêm sendo envidados na busca desta aproximação, como os dispositivos de matriciamento, com graus diferentes de sucesso em diferentes períodos e locais (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

Em termos específicos, a atenção à crise e, contingencialmente, as internações breves, constituem um nó no sistema de atenção psicossocial. Neste sentido, torna-se crucial o aperfeiçoamento da comunicação entre os principais serviços capacitados ao atendimento das crises psiquiátricas graves (CAPS III, emergências psiquiátricas em hospital geral), as forças da sociedade civil que comumente atendem, em nível de comunidade, estas crises (SAMU, bombeiros, polícia) e elementos chave das famílias e comunidades. Mas também não se pode deixar de lado a discussão sobre as crises que permeiam a vida cotidiana das famílias e comunidades, e que se caracterizam como novos objetos da APS. Para isso enfrentamos outro desafio, o de estabelecer vínculos reais e compatíveis com uma APS eficaz e um sistema de educação de saúde que inclua a APS, avançando o conhecimento sobre as questões relativas à saúde mental em nível comunitário.

O tema do abuso de substâncias é outro que emerge como central nas discussões atualmente mais impactantes na sociedade. A percepção de contigüidade entre uso de substâncias, crime organizado, crimes comuns, violência e deterioração familiar e comunitária vem propiciando ações que em alguns casos parecem ser sensatas, em outros desesperadas e em ainda outros, absolutamente inadequadas. A aproximação de grandes eventos esportivos no calendário nacional, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016) contribuem ainda mais para a exacerbação destas discussões e para a demanda de soluções de forma eminentemente precipitada e que às vezes são percebidas como uma forma de “higienização social”, acentuando estigmas, preconceitos e abusos em relação às populações envolvidas no contexto propiciado por estes problemas. A

recente decisão do Governo do Estado de São Paulo de internar compulsoriamente usuários de crack tidos como incapazes de tomar decisões sobre suas próprias vidas é um dos exemplos de ações tomadas unilateralmente, contrariando o caminho proposto pelos defensores da RP.

Um grande problema, ainda não bem resolvido, refere-se à relação entre crime ou delinquência e saúde mental e entre suas derivações mais problemáticas estão os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs e os antigos reformatórios para crianças e adolescentes, hoje centros que devem aplicar medidas sócio-educativas. Estas instituições parecem resistir, ao lado dos ainda existentes manicômios, mantendo a mesma estética medieval e a mesma ineficácia desde a época de sua criação, no Brasil, na primeira metade do século XX. Os HCTPs apresentam uma prática em saúde mental na qual se vê muito pouca possibilidade terapêutica, não demonstram grande progresso frente às propostas de humanização do SUS, não evidenciam avanços em termos de modernização, e mantêm vivas as realidades típicas da lógica manicomial. O mesmo se pode dizer dos centros para medidas sócio-educativas para crianças e adolescentes. Pacientes, no primeiro caso, e crianças e adolescentes, no segundo, sem perspectivas, tratamentos inoperantes, profissionais desmotivados, quadros técnicos insuficientes, ausência de trabalho em rede, caracterizam estas instituições e constituem um desafio a um projeto de reforma do modelo assistencial ((BECKER, 2001; VIEIRA, 2010)..

Do ponto de vista político-jurídico, a RP tem bastante que comemorar e ao mesmo tempo motivos para manter-se em constante alerta. Uma grande conquista foi a promulgação da Lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Embora não atendendo a todas as reivindicações dos militantes da Reforma, a Lei tornou-se um instrumento maior para seu avanço no país.

Já agora, dez anos após a promulgação da Lei 10;216/01, percebe-se que o embate entre as forças que impulsionam e as que obstaculizam as reformas Sanitária e Psiquiátrica continua mais vivo que nunca. A RP está sendo profundamente questionada e em alguns momentos representantes das ideologias anti-reformistas têm defendido publicamente a derrubada de partes ou até mesmo de toda a Lei 10.216.



Seja como for, a caminhada histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil vem acontecendo dentro de algumas perspectivas esperadas, em um ambiente de embates, lutas, avanços e retrocessos, no caminhar do estabelecimento pleno da cidadania, da democratização, da humanização e do Estado de Direito.

## REFERENCIAS

AMARANTE, PDC. **Saude mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, PDC. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, PDC; OLIVEIRA, WF. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento da reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Técnico-científica**. Blumenau, Editora da FURB. V.12, n.47, p.6-21, 2004.

ARAÚJO, AK; TANAKA, OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS **Interface (Botucatu)**, no prelo. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000054> Acesso, 23/12/2012.

AREJANO, CB. **Reforma psiquiátrica; uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental**. Pato Branco, PR: Rotta, 2006

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Trad.: Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECKER, MA. Um drama que precisa ter fim. Porto Alegre. *Cremers*, 82: 4-6. 2001.

BRASIL. **Pacto em defesa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASANOVA, A; PREVOST, CL; METZGER, J. **Os intelectuais e as lutas de classes**. Lisboa: Estampa, 1976.

COOPER, DG. **Psychiatry and antipsychiatry**. Londres: Tavistock Publications, 1967.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: PDC Amarante (Org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 279-99;

\_\_\_\_\_. Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, PDC (Org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. p. 141-68. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, CA; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: PDC Amarante. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, v. 1, p.13-44, 2003.

DELGADO, PGG. Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil com um apêndice sobre a questão dos crônicos. In: SA Tundis; NR Costa (Orgs.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 4 ed. Petrópolis, RJ/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1994, p. 171-202;

ESTERSON, A; **The leaves of spring**. Londres: Tavistock Publications, 1970;

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: construção no Rio Grande do Sul. **Saúde Mental Coletiva**. Bagé/Porto Alegre, URB/Prefeitura Municipal de Porto Alegre. V. 1, n. 1, p. 51-58, 1993.

FERRER, AL; ONOCKO CAMPOS, R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial de Campinas/SP: Um estudo hermenêutico - narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. **Cad. Bras. de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 1 , n. 2, p. 1-14, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6ª. ed. Trad.: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999 [1972].

FURTADO, JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad. Bras. de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 1, n. 1: 178-89, 2009.

GOFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª Ed. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001 [1961].

GOULD, Jonathan. **Can't buy me Love: os Beatles, a Grã-Bretanha e os Estados Unidos**. Trad. Candombá, cons. Fernando Nunes. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

JONES, . M. **A comunidade terapêutica**. Trad. Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis, RJ: Vozes, 1972 [1952].

LAING, RD. **The divided self**. Nova York: Penguin Books, 1959.

\_\_\_\_\_. **The politics of experience**. Nova York: Ballantine, 1971a [1967].

\_\_\_\_\_. **A política da família**. Trad. João Grego Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1971b.

\_\_\_\_\_. **Self and others.** Harmondworth, Middlesex, Inglaterra, 1975 [1961].

LAING, RD; COOPER, DG. **Reason and violence.** Nova York: Vintage, 1971 [1964].

LAING, RD; ESTERSON, A. **Sanity, madness and the family.** Harmondworth, Middlesex, Inglaterra, 1970 [1964].

LUZ, MT. Notas sobre s políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: Brasil. Ministério da Saúde. *A saúde do desenvolvimento e o desenvolvimento da saúde.* Brasília: MS/FNS, 1989. P. 201-16.

MARTINHAGO, F. **Desinstitucionalização e a prática nos centros de atenção psicossocial (CAPS): a percepção dos profissionais de santa catarina.** Dissertação de mestrado. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. 112 pp.

MERHY, EE; AMARAL, H (Orgs.) . **A reforma psiquiátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2007

MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular.** Trad. Paulo Esmanhoto. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1982.

OLIVEIRA, WF. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial.** Cad. Bras. de Saúde Mental, Florianópolis, V. 1, no. 2: 42-56, 2009.

OLIVEIRA, WF; PADILHA, CS.; OLIVEIRA, CM. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n.91, p.577-586, out/dez.2011.

OLIVEIRA, DCR; SALDANHA, OL. Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva.** Bagé/Porto Alegre, URB/Prefeitura Municipal de Porto Alegre. V. 1, n. 1, p. 40-50, 1993.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação social no Brasil.** 2 ed.São Paulo: Hucitec, 2001.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: SA Tundis; NR Costa (Orgs.).**Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil.** 4 ed. Petrópolis, RJ/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1994, p. 15-73. .

ROSA, CS. A reforma psiquiátrica no Piauí no século XX. In: L Guimarães; L. Rosa; M. Evelin (Orgs.). **Contextos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida.** Teresina: EDUFPI, 2008, p. 207-22.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O & MAURIS, D. **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. Org. Fernanda Nicácio. P. 17-59. S. Paulo: Hucitec, 2001ENGEL, 2001.

SANTOS, NG. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

SASZ, T. **The myth of mental illness**. Nova Yorque: Harper & Row, 1974.

VIEIRA, C. As feridas do São Lucas: alguém se recupera em um lugar destes? Florianópolis; *Diário catarinense*, n. 8.770: 4-5. 2010.

Recebido em – 14/5/2012

Aceito em – 12/07/2012