

A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração¹

Paulo Amarante²

Walter Ferreira de Oliveira³

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho & OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*. V. 12, n. 47: 6-21. Blumenau: Edifurb, abr.-jun. 2004.

RESUMO

O momento atual aponta, no campo da saúde, para a implementação de medidas visando a efetivação dos princípios do SUS. Um princípio central, a integralidade, contradiz uma epistemologia que sustenta as racionalidades vigentes e esbarra em uma lógica de atenção tradicional, típicas da era industrial, e que são de tendência dualista, excludente e compartimentalizadora. Tal conflito se agrava numa sociedade dominada, inclusive em seu Sistema Único de Saúde-SUS, pela sustentação conceitual de produtividade nas operações burocráticas de quantificação, e que não tem demonstrado, na prática, muito empenho em privilegiar a qualidade, ou sucesso na busca de indicadores de qualidade. O desafio da integralidade e o desvirtuamento dos serviços substitutivos, em função da demanda, acoplados à ditadura da burocracia pró-“produção”, têm efeito arrasador no projeto da integralidade, do ponto de vista da inserção da saúde mental no atual estágio de construção do SUS. Considera-se que continua em curso um processo de reforma, no campo da saúde mental, que se situa, em princípio, na contra-mão da lógica tradicional. Esta reforma propõe um entendimento diferente dos sistemas e serviços de saúde e suas propostas se contrapõem às hegemônicas, neoliberais, para a compreensão da vida e do ser. Para os autores, a integração do campo da Saúde Mental no todo do Sistema Único de Saúde só será completa na medida em que se discutam aprofundadamente estas questões e se repense a caminhada destas reformas – psiquiátrica e sanitária - que vêm se consolidando, até certo ponto, de maneira independente. É importante, sobretudo para os agentes sociais que têm responsabilidade direta no processo de construção e gestão do SUS – entre eles os profissionais de saúde -, conhecer, discutir e em certos casos repensar, os fundamentos históricos, sociais, filosóficos e culturais, bem como os princípios teóricos e metodológicos, que têm norteado a construção das propostas substitutivas no âmbito das políticas, estratégias e serviços de saúde mental. Revisitando, numa perspectiva histórico-cronológica, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, descortina-se, neste artigo, uma visão, mesmo que limitada, do processo de construção das lógicas e da epistemologia que a vêm norteando. A intenção é contribuir para a discussão das possibilidades e desafios que se apresentam à efetivação do princípio da integralidade, sobretudo no que concerne ao processo de inclusão da saúde mental na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE – Reforma psiquiátrica, integralidade, epistemologia, SUS , atenção básica.

¹ Parte deste texto foi apresentado na introdução ao livro de Gina Ferreira e utilizou como referência o livro *Loucos pela vida*, de Paulo Amarante, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

² Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

³ Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

The Brazilian National Health System currently faces the need for practical implementation of its principles. One of its central principles, named integrality, questions a whole traditional logic and an epistemology which are typical of the industrial era. These are essentially dualistic and favor exclusion and compartmentalization. The situation is worsened as our society, and our health system, seems to be dominated by a notion of productivity that essentially relies upon quantification at the same time that has not given clear signs of engaging in the search for indicators of quality. In the field of mental health, a process of Psychiatric Reform is in course and is usually identified as a counter-hegemonic social movement of change. This reform proposes a different understanding of health systems and services as well as of the current industrial existential views upon life and being. For the authors, a complete integration of mental health in the whole of the National Health System will only happen if these logics are discussed and both the Psychiatric and the Sanitary reforms themselves, which have been constructed somewhat independently, are re-examined. It is important, especially for those agents engaged in the process of constructing and administering the health system – including the health professionals -, to understand the historical, social, philosophical and cultural foundations that have inspired the Reform's alternate proposals for mental health policy, strategies and services. Thus, this article revisits, in a historical-chronological perspective, the Psychiatric Reform Movement, aiming to provide a vision, even though limited, of the construction of its logics and epistemology. In this way, they hope to contribute to a discussion of possibilities and challenges posed to the process of integrality, particularly concerning the inclusion of mental health in primary care in the context of the Brazilian National Health System.

KEYWORDS: Psychiatric reform; integrality; primary care; epistemology; Brazilian National Health System.

1. O emergir do Movimento de Saúde Mental no contexto dos movimentos sociais mundiais

Em 2004 estamos completando cerca de três décadas do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este Movimento, que hoje tem tantas denominações, tem tantas faces, tem uma enorme variedade de formas de existência e a mais ampla polifonia, emergiu, em nosso país, com as lutas democráticas, com as lutas contra a opressão e a violência da ditadura militar. Emergiu na onda dos grandes questionamentos sobre o *establishment*, junto aos movimentos de contracultura, no bojo das grandes revoltas contra os poderes instituídos e das grandes manifestações de massas em todo o mundo, típicas das décadas de 60 e 70, e que tiveram como emblemáticas as manifestações em Paris, 1968, e as tomadas de Universidades e os movimentos pelos direitos civis e contra a guerra do Vietnam nos Estados Unidos.

No campo da Saúde Mental, um interesse natural, incipiente, por novas experiências, foi amadurecendo e na primeira metade da década de 70 já se inspirava na chamada antipsiquiatria - nos livros de Thomas Szasz, no trabalho de R. D. Laing, David Cooper e A. Esterson -, resgatava a

psicopatologia de base fenomenológica, de Karl Jaspers e de Van Den Berg, compartilhava os questionamentos sobre o poder, tão presentes na obra de Paulo Freire e que se coadunava com a crítica ao poder institucional, médico e psiquiátrico, que eram a tônica dos livros de Michel Foucault, Ivan Illich e Erving Goffman. A discussão do poder psiquiátrico, a partir do sucesso estrondoso do filme *Um estranho no ninho*, lançado em 1975, saiu do âmbito particular de congressos exclusivos para psiquiatras e alcançou o grande público. Os seis *Oscars* conferidos ao filme, e a ascensão imediata ao estrelato do diretor Milos Forman e do ator Jack Nicholson, davam testemunho inequívoco do interesse geral da população mundial no tema, bem como da importância da psiquiatria como agente social mediador de simetrias e, portanto, legitimamente passível de escrutínio por parte dos cidadãos.

As propostas de reforma dos sistemas de tratamento em saúde mental, a maioria, àquela época, advinda da Europa e dos Estados Unidos, eram razoavelmente conhecidas no Brasil, mas sua aplicação restringia-se a algumas iniciativas isoladas, em serviços considerados de vanguarda, e cuidadosamente monitoradas pela ditadura militar. Estudava-se e tentava-se pôr em prática, tanto quanto possível, nestes locais, o trabalho de Maxwell Jones com as Comunidades Terapêuticas, e a política de Centros de Saúde Mental Comunitária implementada nos EUA no início da década de 60. Discutia-se, ainda, embora com não tanta ênfase, a experiência francesa da Psiquiatria de Setor, de 1960, que colocava em prática a idéia de territorialização. Em meio a este clima intenso, pleno de discussões e preceito de transformações, floresceram dois pólos experimentais que se revelavam como pré-revolucionários por avançarem as práticas de hospital comunitário. Eram representados no Rio de Janeiro pelo Hospital Pinel, da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, que contava com a direção de Eustáquio Portella Nunes e, em Porto Alegre, pela radicalização das experiências de psiquiatria comunitária levadas a cabo pela Clínica Pinel, sob a direção de Marcelo Blaya. Outro experimento, na Unidade Melanie Klein, dirigida por David Zimmerman, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, também em Porto Alegre, capturava a atenção dos profissionais “de

vanguarda”, embora se apresentasse com outras características, enfatizando a aplicação da psicanálise no âmbito de um grande hospital público.

Embora estes não fossem os únicos, foram os experimentos mais marcantes, no campo da saúde mental, no período latente da reforma psiquiátrica, enquanto se ajustava a atuação dos profissionais - como cidadãos que lutavam contra a opressão política da ditadura, engajando-se no movimento social mundial pela busca de um novo mundo, mais justo e mais preparado para lidar com o domínio do capitalismo monopolista neoliberal que ali se anunciava; e como profissionais, contestando as racionalidades e os processos de trabalho que sustentavam, ao nível dos serviços de saúde mental, a perpetuação da opressão dos que eram excluídos com base no diagnóstico psiquiátrico e pela ação dos tratamentos que lhes eram socialmente, culturalmente e juridicamente impostos.

Estes quase 30 anos de lutas testemunharam, portanto, o engajamento do movimento de saúde mental nos movimentos sociais, muitas vezes como protagonista maior desta constelação de reformas em nível nacional e mundial. Neste caminhar, muitas de nossas antigas denúncias e reivindicações hoje fazem parte da agenda do Estado, pois muitas delas foram incorporadas às políticas públicas de saúde. Nada mais oportuno e necessário, portanto, que resgatar alguns destes passos, na medida, inclusive, que muitas destas pautas podem, perigosamente, perder suas origens de luta e seu anseio de transformações.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica nasceu no bojo do Movimento de Reforma Sanitária, promovendo práticas críticas (era assim que denominávamos) no campo da saúde pública e, com tal propósito, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES editou a primeira publicação independente em saúde pública no Brasil, a *Revista Saúde em Debate*, que viria a ser a mais importante forma de vinculação da produção crítica no país, ainda hoje em circulação, com um papel não menos importante.

Paralelamente, ocorria um outro movimento muito importante naquele contexto político, o da organização do Movimento de Renovação Médica (REME), que tinha como objetivo ocupar os

sindicatos e demais entidades de classe que estavam dominados por sindicalistas pelegos, ou sob intervenção. Nascido a partir da categoria médica, em pouco tempo o REME se estenderia às demais categorias da área da saúde, formando o núcleo do que seria conhecido posteriormente como Plenária da Saúde, que teve papel fundamental na organização política do setor nos primeiros anos do SUS. Ou seja, embora nascido no seio de uma só categoria da saúde, e aparentemente a mais conservadora delas, o REME propiciou uma ampla mobilização no campo sindical que, em curto espaço de tempo, deixou de ser voltada apenas para questões corporativas e assumiu assim um importantíssimo papel na construção conceitual e, ao mesmo tempo, na reformulação do *setor saúde* brasileiro, com expressiva mobilização para a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a formulação e aprovação do SUS na Constituição de 88. Foi, portanto, este Movimento de Renovação Médica, um bastião do trabalho interdisciplinar.

Nestes primeiros anos de um processo ativo de reforma na saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o REME estavam lado a lado com os movimentos contra a ditadura. Fortalecido por estes dois movimentos, o setor saúde começava a ser agitado por denúncias e manifestações de insatisfação. Eram denúncias de fatos específicos, mas também das condições de trabalho dos profissionais e dos equívocos de um sistema de saúde que privilegiava a mentalidade privatista, médico-cêntrica e hospitalocêntrica. Sob estas condições e com estas possibilidades surgiu a primeira expressão formal do Movimento de Reforma Psiquiátrica: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

2. Revisitando a história: o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O movimento emergiu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras que tornaram públicas as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. O episódio desencadeante foi uma denúncia assinada por Paulo Amarante, Pedro Gabriel Delgado e Leon Schor, então médicos bolsistas da DINSAM, no livro de ocorrências

do Hospital Gustavo Riedel, que atendia às emergências psiquiátricas no Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII, maior complexo hospitalar psiquiátrico da América Latina. O fato provocou a demissão sumária dos denunciantes, desencadeando apoio em toda a rede, onde imediatamente mais de 30 profissionais de saúde mental, em solidariedade, paralisaram suas atividades nos vários hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM. Estes incluíam, além dos cinco hospitais do CPPII, o Hospital Pinel e a Colônia Juliano Moreira. Teve início, assim, a primeira greve no setor público no país desde o início da ditadura militar, anterior, inclusive, à histórica greve dos metalúrgicos do ABC de São Paulo.

Os profissionais de saúde mental dirigiram-se, no mesmo dia, à plenária permanente do movimento médico, na Associação Brasileira de Imprensa – ABI, no Centro do Rio de Janeiro, onde Walter Ferreira de Oliveira, então bolsista da DINSAM lotado no Hospital Odilon Gallotti, do CPPII, deu a público o primeiro manifesto do já batizado Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. A reação do Estado frente à explosividade da situação foi imediata. O Ministério da Saúde colocou todo o complexo hospitalar da DINSAM sob intervenção e, como tentativa de manter o pulso do regime autocrático, o Presidente Ernesto Geisel em breve promulgou o famigerado Decreto-Lei 1632, que proibia qualquer espécie de greve nos setores considerados essenciais.

No mesmo ano o MTSM teve um crescimento notável em quase todo o país. Foram criados núcleos em entidades sindicais, em associações de moradores, em diretórios e centros acadêmicos, no CEBES e no REME. Alguns acontecimentos contribuíram ainda mais para que o ano de 1978 fosse fundamental na história da constituição do movimento de reforma psiquiátrica. Primeiro, a realização do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina. Este congresso, que aspirava ser mais um encontro de psiquiatras em busca de amostras grátis e brindes de laboratórios, transformou-se em um grande acontecimento político, inclusive com repercussão externa ao campo psiquiátrico e sanitário, e ficou conhecido como o "Congresso da Abertura". A localização do congresso no sul do país propiciou uma ampla participação de profissionais do Rio

Grande do Sul que se coadunavam, no espectro da atuação profissional e política, com as propostas reformadoras vindas do Rio de Janeiro. O MTSM fez ampla convocação de simpatizantes do movimento e, a partir da grande aglomeração de profissionais, o congresso foi praticamente invadido, se tornando um palco de denúncias e reivindicações, e um espaço único de organização nacional.

Ainda em 1978, teve lugar no Rio de Janeiro o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Com a coordenação de Gregório Baremlitt, o Simpósio teve como objetivo o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). O evento possibilitou a vinda ao Brasil de alguns dos principais críticos da psiquiatria, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Thomas Szasz e Erving Goffman, contando ainda com a presença de Shere Hite. Um dos contatos mais importantes do MTSM foi com Basaglia, afinal a Itália acabava de aprovar a Lei 180, a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que passou a ser conhecida como “Lei Basaglia”, tornando-se o primeiro país a prescrever o fim dos manicômios. O Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana afirmava-se, assim, como de forte conotação política, o que o aproximava da nossa própria experiência. Potencializou esta aproximação a total disponibilidade pessoal e o carisma de Basaglia, que aceitou todos os convites e participou vivamente de todos os debates.

Em 1979, Basaglia retornou ao Brasil a convite da Associação Mineira de Psiquiatria e fez um novo giro por várias cidades brasileiras, além da histórica visita ao hospício de Barbacena, então emblemático do que havia de pior em termos manicomial. As palestras que realizou nesta viagem foram registradas em um livro intitulado *A psiquiatria alternativa: o otimismo da prática contra o pessimismo da razão*, publicado na Itália no ano de 2000, por ocasião dos 20 anos de sua morte. Denise Dias Barros, Fernanda Nicácio e Paulo Amarante escreveram um posfácio para este livro, relatando e analisando a importância das viagens de Basaglia para a constituição do movimento brasileiro. O contato com Basaglia e seus colaboradores mais próximos, como Franco Rotelli, propiciou a abertura de intercâmbio e uma influência intensa do processo de reforma italiano no

brasileiro, que ainda hoje se faz sentir.

O processo de uma anunciada reforma da psiquiatria no Brasil andava, portanto, em ritmo muito acelerado, com muitas adesões por toda parte. Assim, em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, foi possível organizar o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O relatório final deste evento aponta para o fato de que as lutas pela transformação da saúde e da saúde mental não são isoladas e sim estreitamente vinculadas entre si e às demais lutas sociais.

Em outubro do mesmo ano foi realizado o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados onde, por intermédio do CEBES, foram apresentados dois documentos históricos para o campo da saúde brasileira: um, relacionado à reforma sanitária e outro à reforma psiquiátrica. O primeiro foi o texto *A questão democrática na área da saúde* (CEBES, 1980a), no qual a proposta de um Sistema Único de Saúde foi pela primeira vez apresentada e debatida com os setores políticos nacionais. O segundo foi o texto *A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado* (CEBES, 1980b) elaborado pela Comissão de Saúde Mental do CEBES do Rio de Janeiro, que apresentou a primeira denúncia relacionada ao modelo psiquiátrico em um espaço de tão grande repercussão política. Com a participação no Seminário da Câmara dos Deputados, o Movimento começava a sair, em termos práticos, do campo exclusivo da comunidade técnica, e o debate sobre a loucura e a instituição asilar seguiu a mesma trajetória, saindo cada vez mais do interior dos hospícios para o domínio público. A loucura deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente, as condições das instituições asilares e as distorções da política nacional de assistência psiquiátrica. A "questão psiquiátrica" tornava-se uma questão política de âmbito nacional.

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

Com a expansão do Movimento, e apesar das diferenças conceituais, tanto no território da técnica como no da ação política, de uma maneira geral, uma agenda comum colocava em discussão a possibilidade de resgatar histórias, biografias e subjetividades das pessoas em sofrimento psíquico. Buscava-se, assim, superar a prática e os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional - que somente via defeito, irracionalidade, desrazão e periculosidade no louco/doente. Trazia-se ao debate a cidadania e os direitos humanos ou, ainda, o direito a um verdadeiro e digno cuidado. Desta forma, questionado o manto enganoso da cientificidade da psiquiatria, tornava-se possível percebê-la, também, como instrumento tecno-científico de poder ou como saber e prática essencialmente disciplinares e normalizadoras. A denúncia dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais alienante que libertadora. Se por um lado a psiquiatria deixava de ser questão exclusiva dos técnicos para tornar-se uma questão que dizia respeito a toda a sociedade, por outro, o objeto da psiquiatria deixava de ser a doença - contra a qual ela se mostrara impotente - para tornar-se o sujeito da experiência mental diferenciada, a pessoa, o cidadão em sofrimento. Como consequência, o debate da reforma psiquiátrica afirmou-se como um dos mais expressivos e atuantes movimentos sociais no Brasil, com uma proposta radical de transformação do setor, com influência direta na concepção e implementação da Reforma Sanitária, e que tem merecido destaque sem igual na história da saúde pública do país.

3. Os rumos do movimento nos primeiros anos de construção do SUS

O início dos anos 80 já não foram tão intensamente produtivos como os anos anteriores. No cenário internacional a morte de Basaglia, em 05 de agosto de 1980, como que anunciava tempos de pouca perspectiva. No Brasil, com a abertura democrática, as propostas políticas dos movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica iam sendo paulatinamente integradas ao aparelho de estado. As idéias renovadoras iam sendo capturadas e absorvidas sem maiores traumas. Mais uma vez, é o quadro político mais geral que vai fazer acontecer uma reviravolta importante no setor saúde. A campanha pelas Eleições Diretas para Presidente da República, lançada em 1983 e

conhecida como *Diretas Já!*, mobilizava milhões de pessoas em todos os cantos do país e resultou na finalização da ditadura e na eleição, em 1985, do primeiro governo civil desde a deposição do presidente João Goulart, pondo fim à hegemonia militar de 21 anos. Com o governo civil nasceu a Frente Ampla, que elaborou o projeto do período que ficou conhecido como Nova República. Nascia também aí o movimento pela nova Constituição Federal, que seria promulgada em 1988.

No clima de reconstrução nacional característico da Nova República, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para a qual Sérgio Arouca foi nomeado presidente. Participante ativo do Movimento de Reforma Sanitária, Arouca pretendia que, ao contrário das conferências anteriores, onde a participação era exclusiva de tecnocratas do setor, pela primeira vez uma conferência de saúde tivesse expressiva participação popular, contando com representantes de vários setores da comunidade. Para isso, deflagrou-se um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências (estaduais e municipais) e em reuniões promovidas pelas mais variadas entidades e instituições da sociedade civil. Estima-se que na 8ª Conferência, realizada em Brasília em 1986, participaram 4.000 pessoas, dentre as quais mil delegados eleitos nas atividades preparatórias.

Uma nova concepção de saúde, em termos de Brasil, surgiu da 8ª Conferência - a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão - e permitiu a formalização de alguns princípios básicos, tais como universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização, que implicaram numa nova visão do Estado no Brasil - como promotor de políticas de bem-estar social - e uma nova visão de saúde no país: como sinônimo de qualidade de vida.

Assim como em outras áreas temáticas, foi convocada para 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM, que deveria ser realizada nas mesmas bases e princípios políticos e organizacionais que a sua precursora, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. O papel do MTSM foi decisivo: em decorrência de uma paradoxal dissidência existente no âmbito do Ministério da Saúde, a I CNSM caminhava para se tornar um congresso científico, com palestras e debates de psiquiatras. O grande processo de mobilização social e debate nacional sobre a questão psiquiátrica transvestia-

se, desta forma, em mais um evento científico-burocrático da psiquiatria organicista. Mas graças à intervenção do MTSM a Conferência pôde ser realizada enquanto um processo de debate e participação política e social. A grande participação de militantes do MTSM favoreceu inúmeros contatos e debates e uma expressiva reunião de militantes foi, durante a Conferência, convocada e realizada com êxito. Desta reunião surgiu a proposta de realizar em Bauru, naquele mesmo ano de 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o II Congresso do MTSM.

No Congresso de Bauru, o MTSM foi objeto de uma transformação fundamental. Deixou de ser um movimento predominantemente de técnicos para assumir, verdadeiramente, uma identidade de movimento social, amplo e apartidário, sob o lema *Por uma sociedade sem manicômios*. Este lema expressava tanto uma ruptura epistemológica quanto estratégica, que marcaria os anos subsequentes. O eixo dos debates abandonaria os limites meramente assistenciais e, mais ainda, a simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* hospitalares: passava a vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

A luta antimanicomial definia o movimento pela saúde mental como um processo cultural, onde se reconhecia que a produção social da qualidade da vida não era um terreno exclusivo da tecnocracia da saúde, mas um amplo território de interesse de todos os cidadãos. A idéia central de que as pessoas “com problemas mentais” são parte do coletivo da cidade e não devem ser excluídas se estabeleceu, a partir daí, como parâmetro decisivo e norteador da *inclusão*, que deve ser central aos projetos terapêuticos em diferentes níveis e nas diversas dimensões políticas e sociais. Nesta concepção, um sistema terapêutico, para fazer jus a este nome, deve ser um centro organizador de pessoas, saberes e práticas que visam a qualidade de vida do coletivo comunitário, a partir do ponto de vista daqueles que são usuários do sistema como seus sujeitos primordiais e na perspectiva de uma ação contínua, crítica e transformadora das realidades pessoais, comunitárias e institucionais.

Em Bauru foi decidido que seria criada uma data de comemoração do *Dia Nacional de Luta Antimanicomial*, sendo escolhido o dia *18 de Maio*. Assim, a cada *18 de Maio* seriam promovidas

atividades científicas, culturais, políticas, etc., em toda cidade ou espaço que o movimento fosse capaz de mobilizar, com o objetivo de chamar a sociedade a refletir sobre a violência do modelo psiquiátrico e a aderir à luta de transformação. E, realmente, para aqueles que não conhecem este processo mais de perto, é uma coisa fabulosa. Em todas as capitais e em centenas de cidades, são realizadas, desde então, múltiplas atividades destas naturezas. A proposta cresceu a tal ponto que o *Dia 18 de Maio* ficou pequeno para tantas atividades. Passou-se a falar então na *Semana de Luta Antimanicomial* e, finalmente, no mês, pois durante todo o mês de maio existem atividades realizadas por todos os cantos do país.

No cenário nacional o movimento sanitário mobilizava a população para a inclusão na Constituição da ementa da saúde que, aliás, foi uma das únicas, senão a única ementa aprovada por proposta popular com mais de 150 mil assinaturas recolhidas. A nova Constituição, promulgada em 1988, já incorporava, em seus artigos 196 a 201, os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Mas o SUS somente seria regulamentado em 1990, por intermédio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8142/90

4. A experiência de Santos e o nascimento dos serviços substitutivos à lógica manicomial

Em 1989, um ano após a promulgação da nova Constituição, um fato fundamental marcava a política nacional de saúde mental assim como o movimento pela reforma psiquiátrica. Em Santos (SP) existia uma clínica psiquiátrica particular onde eram freqüentes as denúncias de violências contra os internos, com inúmeros casos de mortes. Com um novo governo municipal assumindo o município de Santos (SP), e tendo como Secretário Municipal de Saúde o sanitarista e militante do movimento da reforma sanitária David Capistrano da Costa Filho – um dos fundadores do CEBES -, no dia 03 de maio de 1989 foi decretada uma intervenção na clínica Anchieta. Pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil uma intervenção não caminhava apenas no sentido de investigar os motivos das irregularidades, mas de superar o modelo assistencial que prevalecia na clínica e que, certamente, estaria na origem das irregularidades.

Foi a ocasião oportuna para que se iniciasse a instalação de um novo sistema de saúde mental onde o princípio mais fundamental estaria centrado na desconstrução do modelo manicomial. E assim foi feito. O hospício foi fechado e, em seu lugar, foi montada uma sofisticada estrutura de serviços, dispositivos e estratégias que, baseada na concepção de território passaria a promover cuidado, acolhimento e inclusão e não, como anteriormente, exclusão, violência e morte. Pela primeira vez passamos a falar em serviços *substitutivos* a partir da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial, os NAPS, protótipos do novo modelo assistencial.

A experiência de Santos foi fundamental por demonstrar a viabilidade de se organizar um modelo assistencial sem o concurso do manicômio. Na prática política existiram muitos desdobramentos a partir da experiência santista. Um deles foi a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Deputado federal Paulo Delgado, que procurava reorientar o modelo assistencial, propondo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outras modalidades assistenciais. Outro, foi o efetivo crescimento do movimento com base na necessidade de suporte social de apoio a este projeto de lei. A relação com a comunidade e, mais que isso, com o território, passaria a ser permanente, de construção contínua nos projetos transformadores. Além dos novos equipamentos assistenciais, em Santos foram colocadas em prática várias estratégias de intervenção cultural, visando transformar a relação da sociedade para com a loucura - aí nasceram a primeira estação de rádio e a primeira TV de usuários, a Rádio e TV TAM TAM, e a primeira cooperativa de trabalho, a Cooperativa Paratodos, dentre outras iniciativas.

Em 1992 o Estado do Rio Grande do Sul promulgou a primeira lei de reforma psiquiátrica no país, a Lei 9.216, que regula os serviços de saúde mental, prescrevendo a organização de serviços substitutivos, proíbe a construção de manicômios e a ampliação do número de leitos e ressalta o papel do Estado na fiscalização dos serviços e da exploração privada da assistência psiquiátrica, além de outras provisões. Em dezembro daquele mesmo ano, com o cenário propiciado em grande parte pela experiência santista, pelo surgimento do projeto de lei da reforma psiquiátrica em nível federal e pela aprovação da lei no Estado do Rio Grande do Sul, foi realizada em Brasília a

II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com mais de 1.500 participantes dentre usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil. Estima-se que, nas três etapas da Conferência, isto é, dos encontros preliminares até sua realização, cerca de 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas no processo.

O contínuo crescimento do movimento social *Por Uma Sociedade Sem Manicômios* propiciou a realização, em 1993, de um outro evento muito importante: o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador, que contou com cerca de 500 participantes, dos quais cerca de um quarto era composto de usuários e familiares. O tema central foi o próprio Movimento enquanto movimento social de transformação, o que possibilitou a reavaliação de suas estratégias e princípios. O encontro teve ainda como temas a desinstitucionalização e a intervenção cultural (a cultura como alvo, a cultura como meio) no sentido de amplificar a noção desta intervenção como possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico, com a doença, com a diferença entre os sujeitos. O encontro de Salvador teve muitos desdobramentos, inclusive os Encontros de Associações de Usuários e Familiares, que culminaram com a elaboração da "Carta dos Direitos dos Usuários".

5. Os desafios da integralidade: saúde mental e atenção básica – um encontro promissor?

Durante o restante da década de 90, e já no novo milênio, a Reforma Psiquiátrica continua sua caminhada, em alguns casos incorporada à agenda de governos, em outros como movimento forte de resistência, em outros ainda como movimento marginal, sufocado por conjunturas ou circunstâncias desfavoráveis. Uma grande vitória foi, sem dúvida, a já tardia promulgação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país. De acordo com esta lei é responsabilidade do Estado tanto o desenvolvimento de políticas de saúde mental quanto a assistência e a promoção de ações de saúde, com a participação da família e da sociedade. O modelo de assistência proposto é baseado numa rede diversificada de serviços na comunidade

(territorialização) atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial. Consolida-se, desta forma, o modelo baseado em serviços substitutivos aos manicômios, que são os Centros de Atenção Psico-Sociais (CAPS), bem como residências terapêuticas, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e uma série de propostas que têm, como objetivo geral, transformar o olhar da comunidade sobre os usuários dos serviços de saúde mental. A lei corrobora, assim, a idéia de uma mudança cultural, indissociável das transformações que têm sido propostas no âmbito de outras reformas sociais, sobretudo a reforma sanitária.

O amadurecimento do projeto do SUS confirmou a necessidade de avançar o projeto das Reformas – sanitária e psiquiátrica, no sentido de efetivar a atenção e o cuidado no contexto da integralidade. A realização de inúmeros encontros, conferências e eventos que têm marcado os caminhos da Reforma Psiquiátrica vêm apontando para uma série de reflexões sobre a implementação deste projeto - de um sistema que contemple a saúde integral como direito da cidadania e dever do Estado. É como se os militantes dos dois movimentos de reforma estejam percebendo a necessidade urgente de examinar, questionar, avaliar estas reformas, pensar melhor como estão se conduzindo, onde avançou muito bem, onde precisa melhorar e onde a reforma necessita, como já apontava Gastão Wagner de Souza Campos (1992), ser reformada. Talvez por isso a III CNSM, realizada em 2001, tenha se apresentado com este caráter eminentemente reflexivo, já agora numa conjuntura política que se afigura, ao mesmo tempo, sob os auspícios e os perigos da incorporação do movimento à agenda do poder de Estado. Assim foi, também, o espírito do recente Congresso de CAPS, realizado em junho de 2004, no Rio de Janeiro. E as preocupações se revelam nos temas escolhidos em conferências regionais com alguma repercussão nacional, como por exemplo, o III (2003) e o IV Encontro Catarinense de Saúde Mental (2004) que se propuseram discutir, respectivamente, as perspectivas históricas contemporâneas das reformas psiquiátricas e a “Saúde Mental na Atenção Básica”. Há uma ansiedade, uma necessidade enorme de refletir, avaliar, de assegurar que o caminho continua se construindo da maneira mais apropriada para o bem coletivo, acima de qualquer outro interesse, que se presente nas muitas discussões dos

trabalhadores da saúde, preocupados com os destinos do SUS, hoje conturbado por questões concernentes ao estágio em que se encontra, de sair da legalização para a prática, de avançar do discurso para a implementação real de estratégias coerentes com seus princípios e diretrizes. Há uma série de questões pendentes sobre como estão se construindo, neste sentido, as estratégias propostas para este fim, como o Programa Saúde da Família e os pólos de educação permanente, ou ainda os projetos nacionais de reforma curricular da área da saúde, que se pautam amplamente pela utilização dos recursos públicos e pela sempre interessada presença de agentes externos, como o Banco Mundial.

O caminhar da Reforma Psiquiátrica, inclusive por razões de natureza estrutural e epistemológica, se deu, de uma certa forma, independentemente do Movimento da Reforma Sanitária. As linguagens, concepções, posturas, crenças, mitos e comportamentos assumidos pelos reformadores da Saúde Mental e da Reforma Sanitária não são, necessariamente as mesmas e, em alguns aspectos, são plenamente contraditórias. A caminhada destas duas vertentes do Movimento da Saúde criaram vocabulários, gramáticas, representações, cartografias que, muitas vezes, mais se chocam que se harmonizam com perfeição. Pode-se pensar que, a necessidade urgente e inadiável de se juntar mente e corpo, na perspectiva concreta e conceitual da integralidade, demanda estratégias de integração entre saberes, movimentos, políticas, serviços e profissionais. Esta necessidade obriga-nos a repensar estes saberes, movimentos, políticas e serviços, bem como o papel político, terapêutico e humanizante dos profissionais e do sistema como um todo. E o contexto deste repensar tem como protagonista a Atenção Básica.

O *encontro* destes agentes no contexto da Atenção Básica é, portanto, elemento chave na definição da direção que vai tomar o SUS. Este encontro, esta inclusão, esta integração é empreendimento estratégico de altíssima complexidade, e a maneira como será - ou, em alguns casos já está sendo - propiciado implica em profundas repercussões para a sociedade, para suas políticas públicas e para a cidadania como um todo. As conseqüências positivas ou desastrosas deste encontro serão determinadas pelo grau de seriedade, competência, honestidade, sensibilidade

e clareza que lhes for dedicado pelos que têm responsabilidade direta na elaboração, no planejamento, na implementação, na gestão, na execução e na avaliação das estratégias, programas, projetos e iniciativas na área da saúde. Vemos como particularmente importantes, neste contexto, as maneiras como serão planejadas, implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas as ações de integração do campo da Saúde Mental no contexto das Unidades Básicas de Saúde, *vis a vis* a evolução de um sistema que deverá, para alcançar um grau satisfatório de sucesso naquilo a que se propõe, realizar, na prática, pelo menos uma parte daquilo que já conseguiu colocar em discurso e/ou em lei: promover a humanização, tanto dos serviços quanto dos processos de trabalho, privilegiar uma produtividade baseada na qualidade, estabelecer um cuidado eficaz, promover a qualidade da vida e a inclusão social, econômica e cultural.

É mister, para isso, que os profissionais, usuários, gestores, e outros agentes políticos e institucionais, inclusive órgãos governamentais em todos os níveis e da iniciativa privada com e sem fins lucrativos, se engajem, inequivocamente, na luta por melhores condições de vida em nosso país. Por isso acreditamos na promoção da discussão ampla das necessidades básicas e dos deveres da cidadania. Por isso, também, acreditamos na necessidade da fundamentação histórica, do conhecimento das concepções filosóficas, dos contextos sócio-políticos e culturais, que configuram a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária. A apropriação destes conhecimentos permite análises mais aprofundadas, mais apropriadas e mais eficazes para o avanço de um sistema de saúde onde a integralidade seja efetivamente incorporada, e a produção social da saúde seja cada vez mais factível, viável e coletivamente construída.

Por sua participação política e suas propostas, que atingem a dimensão cultural e da cidadania como um todo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica tem sido apontado como um dos mais importantes movimentos sociais contemporâneos, atuando com uma agenda ímpar, que privilegia a inclusão, a solidariedade e a cidadania. São milhares de pessoas que se identificam com suas propostas de luta - pessoas com problemas psíquicos, usuários dos serviços, seus familiares, os profissionais da saúde e uma enorme variedade de simpatizantes, muitas das vezes ativistas também

de outros movimentos sociais: defensores dos direitos humanos, dos direitos das crianças e adolescentes, educadores sociais, educadores populares, ambientalistas, sem terra, estudantes, punks, antiinstitucionalistas e, mais recentemente, os militantes do movimento hip-hop.

Embora o Estado tenha incorporado parte desta agenda, é importante assinalar que a apropriação da agenda dos movimentos sociais pelo Estado não raramente produz efeitos de banalização, burocratização, co-optação, aparelhamento e desqualificação do *processo* que, por definição, deve estar atento para a possível necessidade de estar em permanente não-equilíbrio com as estruturas do aparelho estatal. Em outras palavras, o Movimento não pode tornar-se instrumento acessório das políticas do Estado e muito menos objeto manipulável de programas de governo como muitas ONGs, redes e associações têm sido habitualmente: verdadeiras “chapas-brancas”, na linguagem política dos anos 70.

Foucault considera que existem várias formas de lutas de resistência ao poder, dentre as quais merecem destaque as lutas contra o assujeitamento; as lutas de contestação e insubmissão. Lutas de recusa à aceitação da violação das identidades e subjetividades. Lutas contra a imposição de formas de ser, luta contra as normalidades. Assim tem sido o movimento de Reforma Psiquiátrica em suas variadas versões: antimanicomial, antipsiquiátrica, de alternativas à psiquiatria, contra o eletrochoque ... Nossa posição técnico-política é, em essência, libertária, emancipatória e promotora da autonomia. Um problema fundamental é termos, portanto, uma idéia tão clara quanto possível, do que consideramos Liberdade, Emancipação e Autonomia. Esta é uma responsabilidade e constitui um desafio a todo profissional de saúde.

Em que pese nossa posição política libertária, enquanto profissionais que somos, não deixaremos jamais de exercer um determinado mandato social, um certo papel de gestores de riscos, como nos adverte Castel. Por isso, devemos escutar e entender a lógica da diferença, a lógica que, como Laing propõe, deve ser buscada através de uma ciência da pessoa, com base numa fenomenologia existencial que leve em conta a posição ontológica do ser. Por isso, ainda, devemos escutar e entender, escutar e tentar entender, tentar escutar e tentar entender ... Neste processo de

escuta e entendimento ressalta-se a necessidade premente de repensar o nosso próprio caminhar - em que está resultando tudo aquilo que buscamos construir nestes últimos quase 30 anos. E para melhor compreendermos nossa caminhada há que privilegiar o entendimento da insubmissão, da contestação, da resistência exercida por segmentos do movimento de reforma psiquiátrica, pois talvez os mesmos estejam nos alertando para os riscos de nossa própria submissão e nos indicando sempre novas formas de lutas e de evolução.

BIBLIOGRAFIA

- BASAGLIA, F. *Conferenze Brasiliani*. (Orgs. Franca Basaglia e MG Gianichedda). Milão: Cortina Editore, 2000.
- BRANCO, GC. As resistências ao poder em Michel Foucault. *Trans/Form/Ação*, São Paulo, 24: 237-248, 2001.
- CAMPOS, GWS. *Reforma da reforma. Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CEBES. A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*, 9, 11-13, 1980a.
- CEBES. A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Saúde em Debate*, 10, 45-55, São Paulo, 1980b.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. R. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina*. Trad. JK Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Trad. SPA Reis. Rio de Janeiro: Atheneu, 1973 (orig. 1913).
- JONES, M. *A comunidade terapêutica*. Trad. LAF Bello. Petrópolis: Vozes, 1972 (orig. 1968).
- LAING, RD. *The divided self. An existential study in sanity and madness*. Londres: Tavistock, 1959.

- LOUGON, M. & ANDRADE, MS. O movimento de usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. *J Bras. Psiq.* 44 (10): 515- 518, 1995
- NICÁCIO, F. *O processo de transformações em Saúde mental em Santos - desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Estudos de Pós-graduação/ Mestrado em Ciências Sociais/PUC-SP, 1994.
- SOALHEIRO, NI. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2003.
- TEIXEIRA, SF (Orgs). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.