

As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura*

Michelle de Almeida César¹, Mayara Pacheco Coelho²

RESUMO: O predomínio da prática psiquiátrica de internação dos ditos loucos se deu como resposta socialmente adequada às condições de emergência das sociedades moderna e contemporânea. As principais críticas ao modelo asilar se dirigiram ao caráter fechado e autoritário da instituição, dando origem a diferentes tentativas de reformulação tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico tradicional. O objetivo deste trabalho foi apresentar as principais experiências de Reforma Psiquiátrica em diferentes países e no contexto brasileiro. Como recurso metodológico, foi utilizada a revisão de literatura. As diversas experiências de Reforma Psiquiátrica surgiram a partir das críticas ao modelo asilar de tratamento. A Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas se configuraram como reformas restritas ao asilo; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva ultrapassaram o âmbito asilar; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática promoveram rupturas com os modelos anteriores. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é compreendida como um processo social complexo que exige transformações em quatro dimensões interdependentes: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural.

Palavras-chave: hospitais psiquiátricos; saúde mental; desinstitucionalização.

*Este artigo compõe a dissertação de mestrado intitulada "Políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na Reforma Psiquiátrica Brasileira", defendida em 2014 no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

¹Psicóloga; Mestre em Psicologia, linha Processos Psicossociais e Socioeducativos pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); Graduada em Psicologia UFSJ. **Endereço para correspondência:** Rua Marquês de Pombal, 1, apto 201 – São Sebastião, Conselheiro Lafaiete, MG. CEP: 36400-000. E-mail: miacezar@hotmail.com

²Professora no Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL), unidade Americana (SP); Mestre em Psicologia, linha Processos Psicossociais e Socioeducativos pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); Graduada em Psicologia pela UFSJ. **Endereço para correspondência:** Rua Pascoal de Luca, 471 – Jardim Santa Luiza, Limeira, SP. CEP: 13484-397. E-mail: mayarapachecocoelho@gmail.com, mayara.coelho@am.unisal.br

Artigo recebido em: 15/08/2016. Aprovado para publicação em: 01/11/2016.

Psychiatric reform experiences and brazilian movement consolidation: a literature review

ABSTRACT: The prevalence of psychiatric practice hospitalization of the so called “crazy” occurs as a socially appropriate response to emergency conditions of the modern and contemporary societies. The main criticism of the asylum model addressed the closed and authoritarian character of the institution, giving rise to various attempts to reform both the nursing home and the traditional psychiatric knowledge. This paper aimed to present the main experiences of Psychiatric Reform in different countries and in the Brazilian context. Literature review was used as a methodological resource. The various experiences of Psychiatric Reform emerged from the criticism of the asylum model of treatment. Institutional Psychotherapy and Therapeutic Communities are configured as restricted asylum reforms; Sector Psychiatry and Preventive Psychiatry exceeded the scope of asylum; and Antipsychiatry and Democratic Psychiatry promoted breaks with previous models. In Brazil, Psychiatric Reform is understood as a complex social process that requires changes in four interdependent dimensions: theoretical-conceptual, legal-political, technical-assistance and sociocultural.

Keywords: hospitals, psychiatric; mental health; deinstitutionalization.

Las experiencias de reforma psiquiátrica y la consolidación del movimiento brasileño: una revisión de la literatura

RESUMEN: La prevalencia de la práctica de hospitalización psiquiátrica de personas consideradas locas ocurre en respuesta social adecuada a las condiciones de emergencia de las sociedades modernas y contemporáneas. Las principales críticas del modelo de asilo se dirigieron al carácter cerrado y autoritario de la institución, dando lugar a varios intentos de reformar tanto el hogar de ancianos como los conocimientos de la psiquiatría tradicional. El objetivo de este trabajo fue presentar las principales experiencias de Reforma Psiquiátrica en diferentes países y en el contexto brasileño. Como recurso metodológico se utilizó la revisión de la literatura. Las diversas experiencias de Reforma Psiquiátrica surgieron de la crítica del modelo de asilo de tratamiento. La Psicoterapia Institucional y Comunidades Terapéuticas se configuraron como reformas de asilo restringidas; la Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva excedieron el alcance de asilo; y la Antipsiquiatría y Psiquiatría Democrática promovieron rupturas con los modelos anteriores. En Brasil, la Reforma Psiquiátrica se entiende como un proceso social complejo que requiere cambios en cuatro dimensiones interdependientes: la teórica-conceptual, legal-política, técnica-asistencial y sociocultural.

Palabras clave: hospitales psiquiátricos; salud mental; desinstitucionalización.

1 INTRODUÇÃO

O predomínio da prática psiquiátrica de internação dos ditos loucos se deu tanto como resposta socialmente adequada às condições de emergência das sociedades moderna e contemporânea quanto pela mudança na percepção social da loucura. Essa mudança diz respeito à redução da loucura à categoria médica por meio do discurso psiquiátrico de Philippe Pinel, no final do século XVIII (FOUCAULT, 1978). O conceito de alienação¹ apresentado por Pinel produz um lugar especial para o louco e o incapacita de partilhar do pacto social, sendo necessária sua institucionalização:

Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais. O conceito de “alienação” produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75).

Dessa forma, a institucionalização se efetivou por dois pontos fundamentais relacionados ao isolamento: como um lugar de exame, onde era possível conhecer a objetividade da loucura; e como uma medida terapêutica, uma vez que a instituição era organizada para afastar as causas e agravantes da alienação. Assim, a hospitalização se justificava como a única resposta ao tratamento da loucura (TORRE; AMARANTE, 2001).

As principais críticas ao modelo asilar se dirigiram ao caráter fechado e autoritário da instituição, dando origem a diferentes tentativas de reforma tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico tradicional. Assim, o objetivo do presente trabalho foi apresentar as principais experiências de Reforma Psiquiátrica em diferentes países, bem como a experiência brasileira, compreendida como um processo social complexo.

Para tal, foi utilizada a revisão bibliográfica como recurso metodológico. Os artigos de revisão constituem-se como uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para fundamentar teoricamente um determinado objetivo (ROTHER, 2007).

Entre as experiências de Reforma Psiquiátrica, destacam-se: a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas, que se configuraram como reformas

¹A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas. O alienado é aquele que está fora de si, fora da realidade e tem alterada a sua possibilidade de juízo (TORRE; AMARANTE, 2001).

restritas ao âmbito asilar; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que ultrapassaram de certa forma o âmbito do asilo; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que surgiram como reformas instauradoras de ruptura com os modelos anteriores (AMARANTE, 2001).

2 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL

As comunidades terapêuticas², termo utilizado por Maxwell Jones, eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes psiquiátricos. O objetivo principal era transformar a dinâmica institucional e resgatar o processo terapêutico (JORGE, 1997).

A ideia de comunidade terapêutica foi desenvolvida por Maxwell Jones ao longo de 12 anos de experiência na Unidade de Neurose Industrial, no Hospital Belmont (chamada, posteriormente, de Unidade de Recuperação Social). Em 1959, como unidade independente, tornou-se o Hospital Henderson. A experiência de Jones na organização do tratamento de ingleses ex-prisioneiros de guerra lhe propiciou a oportunidade para ampliar seu interesse de um campo predominantemente psicossomático para o campo social. Além dos esforços terapêuticos da equipe, percebeu-se que o relacionamento e as atitudes entre os companheiros no hospital configuravam-se como potencial apoio e cura do paciente, devendo-se assim prestar atenção à organização hospitalar em geral. Para Jones (1972), fazer com que o hospital se configure como uma comunidade possibilita uma oportunidade de aprendizagem social, na qual o paciente aprende novos meios de superar suas dificuldades ao relacionar-se com aqueles que possam auxiliá-lo.

Na organização das comunidades terapêuticas são estabelecidas várias características essenciais. A reunião diária da comunidade envolve todo o pessoal de uma unidade ou seção particular, composta por aproximadamente 80 pacientes e 30 profissionais, sendo seguidas por encontros em pequenos grupos.

Na reunião comunitária as tensões na seção ou na unidade serão ventiladas em um dado momento e ativarão bastante material dos pacientes individualmente.

²O uso contemporâneo dessa expressão para designar entidades de reclusão de dependentes químicos é bastante contraditório em relação à proposta inicial. A proposta inovadora das comunidades terapêuticas não tem nenhuma relação com as “fazendas” ou “fazendinhas” de tratamento de dependência de álcool e drogas, que se denominam — de forma oportunista — como “comunidades terapêuticas” a fim de conquistar legitimidade social e científica. Ao contrário, a proposta original se caracterizava pela construção de equipes, serviços e ações libertárias (MELO, 2013).

Muitas das tensões não podem ser facilmente elaboradas na reunião comunitária, mas se esta é seguida de uma reunião de grupo, funciona como estímulo útil para comunicação na reunião menor (JONES, 1972, p. 91).

Além das reuniões comunitárias, outra característica das comunidades terapêuticas é a direção ou conselho dos pacientes. Inicialmente, esses conselhos tendem a estar voltados para o manejo dos detalhes práticos da seção (como limpeza, benefícios etc.); contudo, posteriormente assumem responsabilidade crescente. A reunião de equipe ou avaliação também é fundamental no modelo de tratamento comunitário, pois questiona o papel exercido ou atribuído ao psiquiatra dentro da instituição. “Não basta que ele seja um competente diagnosticador e terapeuta; precisa aprender a reconhecer e modificar a organização social e cultural da seção e a lidar com as complexidades do tratamento em grupo” (JONES, 1972, p. 96).

Nesse sentido, o profissional deve estar mais identificado com a unidade em que trabalha do que com seu subgrupo profissional no hospital, pois as responsabilidades são divididas entre toda equipe, aproveitando ao máximo as contribuições dos pacientes.

Essa avaliação regular dos papéis e dos comportamentos dos pacientes e equipe conduz a mudanças efetivas na própria estrutura social. As reuniões entre equipe e pacientes ocupam um lugar especial na terapia institucional, pois propiciam o estabelecimento de uma cultura terapêutica da seção ou da instituição. “(...) As atitudes tradicionais e crenças que todos trazem são colocadas em questão e as pessoas começam a se interrogar por que fazem o que fazem, e quando o fazem” (JONES, 1972, p. 107-108).

Conforme aponta Jones (1972), o estabelecimento de uma comunidade terapêutica requer, por parte daqueles que estão envolvidos nela, um tipo de aprendizagem imediata e pessoal. Essa aprendizagem acontece no cotidiano e as crises particulares na comunidade oferecem oportunidades para aprendizagem intensiva (ou a denominada “experiência de aprendizagem ao vivo”). Esse tipo de aprendizagem envolve o confronto face a face e a análise em conjunto das dificuldades interpessoais do momento.

Cada indivíduo é auxiliado para levar em conta os pensamentos e sentimentos dos outros, e isto a uma perspectiva mais compreensiva e global da situação, tal como afeta a cada um. Em boa parte, esta mudança revoluciona os pensamentos e sentimentos conscientes dos participantes e pode ocasionalmente provocar uma maior consciência de fatores anteriormente inconscientes (JONES, 1972, p. 111).

Assim, o tratamento comunitário constituiu-se como uma dimensão de tratamento voltado para o aproveitamento do ambiente social, baseado no envolvimento entre equipe, pacientes e seus familiares. Dessa forma, o paciente se tornaria sujeito na troca de experiências, aprendendo, juntamente com os outros, novos meios de superar suas dificuldades.

Contudo, segundo Amarante (2001), mesmo que tenha sido uma importante experiência no que diz respeito às mudanças ocorridas no hospital psiquiátrico, a comunidade terapêutica não conseguiu atingir o problema da exclusão que fundamenta a própria existência do asilo.

A Psicoterapia Institucional, por sua vez, se configurou como uma experiência de transformação do asilo na tentativa de superá-lo como espaço de segregação. Iniciada na França, na década de 1940, no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, foi um movimento liderado por François Tosquelles, com forte influência marxista, e ganhou relevância nacional nos anos 1950. Tosquelles, que trabalhou no exército espanhol como médico chefe do serviço psiquiátrico, tinha como ideia principal tratar as características doentias das próprias instituições (JORGE, 1997).

Nessa experiência, se ocupou mais dos médicos do que dos doentes. Realizou uma experiência de formação com os jovens que entravam para o exército sem motivação para combater. Em 1939, refugiou-se na França e foi encaminhando a um campo de concentração, em Sept-fonds, onde organizou um serviço de psiquiatria em barracão de madeira, escolhendo como ajudantes um guitarrista e um pintor. “Alguém que não soubesse de psiquiatria mas que soubesse de arte” (GALLIO; CONSTANTINO, 1993, p. 93).

Tosquelles priorizava trabalhar com leigos, artistas, camponeses, pessoas que pudessem ter uma postura ingênua frente ao doente, em vez de trabalhar com aqueles que talvez tivessem passado por certa deformação profissional. O serviço de psiquiatria se configurava como um lugar de passagem que tinha uma dupla função: tratar os pacientes, mas também facilitar as suas fugas.

Em 1941, Tosquelles foi convidado a trabalhar em Saint-Alban. Segundo ele, este já se configurava como um hospital aberto antes de sua chegada. Ao irem à feira, por exemplo, os camponeses passavam dentro do hospital com suas vacas e os doentes os esperavam para vender-lhes seus trabalhos. O mesmo acontecia em relação aos guardas e enfermeiros, que compravam vinho e o vendiam aos pacientes: o que, posteriormente, configurou-se como um bar, e funcionava como um espaço de psicoterapia. Essas trocas entre interno e externo eram muito importantes, pois as pessoas de fora iam para dentro do hospital (GALLIO; CONSTANTINO, 1993).

Segundo Passos (2012), em contrapartida a esse movimento de socialização do asilo (e não necessariamente do doente mental), Tosquelles apontava a necessidade de preservar o lugar como espaço terapêutico. Para ele, seria sempre necessária, ao esquizofrênico, certa proteção do exterior, pois o temor da loucura seria uma condição natural do gênero humano. Nesse sentido, o asilo deveria ser um lugar onde se criariam zonas de liberdade, onde seria possível a reformulação das condições de liberdade.

Passos (2012) aponta que muitos aspectos fundamentais da experiência de Tosquelles em Saint-Alban estão ligados às lutas sociais e políticas que a impedem de ser reduzida a uma mera proposta terapêutica de cunho clínico-psiquiátrica ou psicanalítica.

As atividades de trabalho em que se envolviam os pacientes não eram atividades pseudoprodutivas, ergoterapêuticas ou orientadas por relações e rotinas meramente internas, institucionais; eram, ao contrário, em geral vinculadas a uma possibilidade de rendimento real, de utilidade e intercâmbio com o meio social mais próximo, isto é, com fábricas, empresas e atividades agrícolas da pequenina cidade rural. Isto propiciava uma troca real entre pacientes e habitantes, numa multiplicação dos percursos e espaços de convivência, dentro do espírito de 'levar' as pessoas a freqüentarem o asilo. (...) Tosquelles se inspirava, para propor as atividades, numa longa tradição de cooperativas de operadores catalães com quem havia trabalhado no hospital psiquiátrico da cidade de Reus. Estas cooperativas, por sua vez, tinham um lastro histórico no secular movimento social e sindical espanhol que acabou provocando a guerra civil (PASSOS, 2012, p. 25).

A experiência de Saint-Alban terminou em 1952, quando o hospital e os setores foram ocupados pela psiquiatria clássica. Apesar de se opor criticamente ao modelo inglês das comunidades terapêuticas e de organizar o hospital psiquiátrico como um espaço de relações (substituindo o conceito de assistência pela ideia de projetos terapêuticos individuais), a Psicoterapia Institucional sofreu inúmeras críticas, principalmente por não se opor ao modelo asilar e apenas tentar reformá-lo. Contudo, o movimento foi o antecedente de maior relevância da prática de transformação e liberação do hospital psiquiátrico, iniciada por Basaglia em Gorizia, na segunda metade da década de 1950 (GALLIO; CONSTANTINO, 1993), lançando as bases para a Psiquiatria de Setor, que tinha como um de seus objetivos recuperar o caráter terapêutico da psiquiatria (CASTRO, 2009).

3 A PSIQUIATRIA DE SETOR E A PSIQUIATRIA PREVENTIVA

Após a Segunda Guerra Mundial, a Psiquiatria de Setor, inspirada nas ideias do psiquiatra francês Lucien Bonnafé, buscava transformar as condições asilares. O hospital era dividido em vários setores e cada um deles correspondia a uma região da comunidade. Dessa forma, seria possível que a população interna mantivesse seus hábitos e costumes, mantendo também, após a saída do hospital, a continuidade do tratamento com a mesma equipe (JORGE, 1997).

Dessa forma, o setor era o espaço territorial do paciente ligado à sua comunidade, transferindo para ela o dispositivo de atendimento dos pacientes que até então era exclusivo do hospital psiquiátrico (CASTEL, 1978). Todavia, essa tendência também não conseguiu superar o hospital psiquiátrico, pois, ainda que estivesse ligada aos serviços externos, não conseguiu provocar uma transformação na cultura psiquiátrica tradicional (AMARANTE, 2001).

A Psiquiatria Preventiva, definida por Gerald Caplan como Psiquiatria Comunitária, configurou-se como uma estratégia dos programas de saúde elaborados pela política do presidente dos Estados Unidos, John Kennedy, no início da década de 1960 (JORGE, 1997). Nesse período, os Estados Unidos enfrentavam graves problemas sociais, políticos e econômicos, entre eles a guerra do Vietnã, o crescimento do uso de drogas e o surgimento de gangues de jovens (AMARANTE, 2001).

Partindo do conceito de prevenção, Caplan divide seu trabalho em: prevenção primária (programas para reduzir os transtornos mentais em uma comunidade); prevenção secundária (programas para reduzir a duração dos transtornos mentais); e prevenção terciária (programas para reduzir a deterioração resultante dos transtornos mentais). O grande feito da proposta de Caplan foi a prevenção primária. Tal estratégia objetivava antecipar um mal que ainda não havia acontecido, na tentativa de evitá-lo.

Assim, alguns indivíduos — considerados desadaptados — poderiam possuir características responsáveis por seu adoecimento e, dessa forma, caberia ao psiquiatra a manipulação de algumas circunstâncias de vida da população para efetivar a adaptação desses indivíduos. Nesse sentido, a prevenção primária proposta por Caplan amplia o espaço de atuação dos profissionais de saúde mental, pois deve ser realizada na comunidade, fora dos consultórios privados, promovendo a saúde mental (LARA, 2006).

Segundo Birman e Costa,

é assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com os critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da 'Comunidade', que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões (1994, p. 56).

Desse modo, ampliando seus espaços de intervenção, a Psiquiatria Preventiva teve seus princípios implementados na comunidade de maneira geral, sem, de fato, constituir-se como alternativa de superação do modelo asilar de assistência. E, intervindo nas causas ou no surgimento das doenças mentais, a psiquiatria preventiva se configurou como uma estratégia de demarcação de um novo objeto para a psiquiatria: a saúde mental (AMARANTE, 2001).

Birman e Costa (1994) argumentam que, mesmo não tendo a conotação eugênica, a proposta norte-americana teve um forte viés de controle, tomando a sociedade como lócus privilegiado, com o objetivo de prevenir a doença mental por meio da detecção de comportamentos desviantes e de risco.

Mesmo com as críticas empreendidas ao modelo de assistência criado pela Psiquiatria Preventiva, seus pressupostos ainda são uma forte referência presente nas políticas públicas de saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2005).

4 A ANTIPSIQUIATRIA E A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

O movimento da Antipsiquiatria surgiu junto à grande corrente de contestação cultural e política da década de 1960. Pode-se destacar entre seus precursores Ronald Laing (1982) e David Cooper (1973), cujas críticas se voltaram para o fato de que as concepções científicas da loucura e seu tratamento violento seriam metonímias da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna (JORGE, 1997).

As obras de Laing se caracterizam pela busca de um sentido para a loucura a partir da contextualização social do fenômeno da psicose. Para compreendê-la, seria necessário dar voz aos pacientes, regressando à experiência vivida pelos sujeitos. Assim, a busca de Laing pela compreensão da loucura baseava-se numa perspectiva fenomenológica e existencial. Sob a influência da Fenomenologia Existencial, Laing se empenhou em demonstrar que a psicose teria um significado

existencial, ou seja, seria uma tentativa última de o sujeito construir um significado para sua existência (GABRIEL; TEIXEIRA, 2007).

A perspectiva psicopatológica de Laing representava não apenas uma crítica radical às práticas psiquiátricas clássicas, como o eletrochoque e os psicofármacos, mas, sobretudo, aos princípios da medicina mental, que distinguia os loucos dos sãos (DELACAMPAGNE, 2004).

Segundo Amarante,

a Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade (2001, p. 47).

Para Laing, a psicopatologia clássica possuía premissas capazes de distorcer a pessoa: primeiramente, por pressupor uma psique com um modelo de funcionamento na saúde e um modelo de funcionamento na doença; em segundo lugar, por pressupor que o encontro terapêutico ocorre entre um indivíduo doente e outro são e que o indivíduo são não influi no comportamento e na experiência do indivíduo doente.

Nesse sentido, utilizar a linguagem psiquiátrica clássica implicaria em circunscrever e isolar o paciente em uma entidade nosológica, pois é possível considerar o comportamento de qualquer pessoa como um conjunto de sinais de doença ou como expressão da sua existência. “E ver apenas os sinais de doença em nome da objetividade científica não seria ver de forma neutra. Seria ver com pressupostos, escolhendo o que se vê e também o que não se vê” (GABRIEL; TEIXEIRA, 2007, p. 662).

Nessa perspectiva, a experiência patológica não ocorre no indivíduo como corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. A psicose deixa de ser um acontecimento intrapsíquico, com caráter privado e individual e passa a ser considerada uma estratégia que o indivíduo desenvolve para conseguir sobreviver em situações sociais específicas. Dessa forma, os comportamentos e experiências do indivíduo que desenvolve uma psicose não poderiam ser apreendidos sem a compreensão dos comportamentos e experiências das pessoas que com ele se relacionam (CASTELO BRANCO, 2012).

Laing e Cooper, na análise de Foucault, são compreendidos como intelectuais que falam de suas experiências terapêuticas, discutindo os ambientes hierarquizados e restritivos das equipes médicas, problematizando o campo da loucura

e da internação. Dessa forma, questionaram as estruturas de saber-poder psiquiátrico, que vigoravam nos anos 1960, estimulando o debate acerca de novas práticas de poder no ambiente petrificado e hierarquizado dos hospitais psiquiátricos (CASTELO BRANCO, 2012).

A Psiquiatria Democrática tem como principal expoente Franco Basaglia. Segundo Basaglia (1979), no início da década de 1960 a economia italiana começou a transformar-se em uma economia industrial, configurando, ilusoriamente, um salto de qualidade no mundo econômico. Nesse período, um grupo de psiquiatras se dirigiu para a cidade de Gorizia na tentativa de humanizar o manicômio. A Comunidade Terapêutica, importada da Inglaterra, foi a principal referência utilizada, a qual permitia que pessoa participasse de assembleias diárias, com liberdade, em lugar aberto e sob nova relação médico-paciente. Na medida em que o hospital se humanizava, evidenciavam-se os fatores políticos presentes na estrutura manicomial. Concluía-se que o manicômio havia surgido com a finalidade de controle e não de cura.

Em 1970, Basaglia foi para os Estados Unidos como professor visitante em um dos Centros de Saúde Mental Comunitária, em Nova York. Havia uma lei, de 1963, que garantia a construção de pequenas unidades psiquiátricas em contato direto com a comunidade. Apesar de ser a expressão de uma nova legislação de um país de alto nível tecnológico, a situação psiquiátrica ainda era a mesma dos asilos e manicômios tradicionais.

A instituição serve a uma área de cento e vinte mil habitantes (italianos, judeus, escandinavos, negros e porto-riquenhos), parcialmente subvencionados pelo *Welfare*. Na retaguarda da nova unidade psiquiátrica, continua existindo de forma ativa o Hospital Psiquiátrico estatal (seis mil internados), para onde ainda podem ser enviados os doentes definidos como “crônicos” e “transtornados”. Assim, a ação dessa unidade tem um caráter preventivo que não incide sobre a cultura da doença mental, perpetuando assim o preconceito de sua incurabilidade, contra o qual presume lutar. A artificialidade da instituição se revela no não-cumprimento concreto de sua própria função primária (...) e na criação (...) de uma nova categoria de enfermos (os *emotional patients*) entre os marginais-desadaptados, produto direto da postura sócio-econômica de base. Ela cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (...) capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência (BASAGLIA, 2005, p. 155).

Nesse contexto, Basaglia questionou a inviabilidade da mera reorganização do hospital psiquiátrico. Os modelos de organização comunitária baseados no preventivismo de Gerald Caplan não traziam soluções para a assistência psiquiátrica, nem mesmo possibilitavam a extinção dos manicômios, uma vez que não bastava que se criasse uma rede de serviços extra-hospitalares para que este se tornasse obsoleto (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Assim, também a Comunidade Terapêutica como novo método de administração manicomial se mostrou uma instituição fechada e igualmente voltada para o controle da sociedade, sendo que a única possibilidade de enfrentar a doença mental seria a destruição do manicômio (BASAGLIA, 1979).

O problema era que, na medida em que recusávamos a ciência que os colegas ingleses e franceses propunham, tínhamos que colocar alguma coisa em seu lugar. Estávamos convencidos de que a ciência na qual nos formáramos não era capaz de produzir nada de novo, era sempre uma reprodução de si mesma (...). A ciência é produto da classe dominante, e no momento em que há mudança na ciência ela acontece de acordo com os códigos da classe dominante. Por isso achamos que não era possível encontrar uma nova ciência com os velhos códigos (BASAGLIA, 1979, p. 87).

Após sua passagem pelos Estados Unidos e a implantação da comunidade terapêutica no Hospital Psiquiátrico, Basaglia dirigiu-se para Trieste, onde, com o intuito de eliminar o manicômio, consolidou um significativo movimento epistemológico e político acerca das instituições manicomiais e da doença mental. Por meio da destruição dos tratamentos violentos, bem como dos muros que separavam a parte interna da parte externa do hospital, Basaglia propôs novas maneiras de lidar com a loucura (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

O objetivo era tornar o hospital um lugar para o tratamento efetivo e a reabilitação dos internos. Franco Basaglia voltou sua prática para a superação do aparato manicomial, não apenas no que diz respeito à estrutura física, mas também em relação ao “conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2008, p. 56).

O trabalho não foi feito somente com os doentes e com a loucura, mas também com a população. Foi preciso trabalhar a conceituação da população sobre a doença mental e fazer com que a luta pela assistência psiquiátrica fosse uma luta do povo. O objetivo foi colocá-la em conjunto com as organizações

políticas que desejavam a emancipação do povo. Após a eliminação do manicômio, com a ajuda da população, foi levada ao Parlamento uma nova proposta de lei sobre a doença mental. Nessa nova proposta aboliu-se o conceito de periculosidade, apontando que as organizações médicas e sociais deveriam responder às necessidades reais do povo (BASAGLIA, 1979).

A proposta italiana rompeu com as experiências psiquiátricas anteriores, principalmente em relação ao entendimento de desinstitucionalização até então adotada como sinônimo de desospitalização. O objeto do projeto de desinstitucionalização torna-se, então, a ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional, o qual aponta a relação mecânica de causa-efeito na análise da constituição da loucura (ROTELLI, 1990).

Os conceitos de alienação e de doença mental estão vinculados a um modelo de homem que se funda com a ideia de indivíduo e se concretiza com a consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano. Essa noção de sujeito, pautada na racionalidade científica, torna-se hegemônica como método de produção de conhecimento e faz emergir um pensamento mecanicista baseado na causalidade e na previsibilidade. Tal racionalidade leva ao surgimento de um sujeito da razão, sendo a loucura seu contraponto (TORRE; AMARANTE, 2001).

Em contrapartida, Rotelli (1990) argumenta que o objeto da psiquiatria não deve ser a periculosidade ou a doença, mas a existência-sofrimento em relação com o corpo social. De doença mental para existência-sofrimento, o fenômeno psíquico se reveste de complexidade, reorientando o objetivo da psiquiatria de cura para a produção de vida. “O problema não é cura (vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) e da convivência dispersa” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p.30).

Com a emergência desse novo objeto, proposto por Rotelli (1990), a desinstitucionalização pode ser constituída, por meio da construção de um processo prático-crítico que reorienta as instituições e a criação de novos serviços, compondo estratégias, saberes e intervenções que atendam à sua especificidade.

5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No contexto brasileiro, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início em meados da década de 1970. Nesse período, a base social, política e econômica que mantinha a ditadura militar já não se sustentava, ocasionando greves nos setores

públicos, manifestações da imprensa e de movimentos sociais. Configurou-se, assim, um cenário propício para o reestabelecimento de um regime democrático republicano. Na época, o sistema de saúde era fundamentalmente privado e funcionava a partir de convênios. Diversos serviços de saúde privados eram pagos com dinheiro público, o que levou ao enriquecimento de muitos donos de hospitais particulares. Muitos deles eram políticos e tinham grande influência quanto a essa política de Estado (AMARANTE, 2001).

Nesse cenário, eclodiu o MTSM, que se constituiu como um instrumento pela busca da desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátricos. O movimento se contrapôs, entre outras coisas, à mercantilização da saúde e teve como estratégia principal intervir na sociedade, ampliando o debate relacionado aos aspectos da loucura e da psiquiatria (AMARANTE, 2001).

Nesse sentido, a Reforma brasileira vai ao encontro das propostas da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, visto que as demais propostas e tentativas de reforma se reduziram, principalmente, à modificação e reformulação dos serviços sem questionar os pressupostos da psiquiatria clássica. Pensar o movimento da Reforma pela via da desinstitucionalização requer considerá-lo como um processo social complexo, composto por pelo menos quatro dimensões interdependentes: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural (AMARANTE, 2008).

A dimensão teórico-conceitual, ou epistêmica, diz respeito à produção de conhecimentos que fundamentam o saber médico-psiquiátrico, incluindo a revisão do próprio conceito de ciência como produção de verdade; ou seja, não só o ideário de neutralidade afirmado pelo positivismo é questionado, mas também os conceitos produzidos por meio do referencial epistemológico da psiquiatria. Tanto o conceito de alienação/doença mental (que requer o isolamento terapêutico como modo exclusivo de tratamento), quanto os conceitos de degeneração e normalidade/anormalidade (constituídos pela tentativa de encontrar e legitimar a base orgânica do sofrimento psíquico) vão de encontro à ideia de desinstitucionalização (AMARANTE, 2009).

A dimensão técnico-assistencial diz respeito à construção de uma nova estrutura de atendimento, com novos serviços e abordagens. Ela se relaciona também ao modo de organização e funcionamento desses serviços, que devem estar apoiados em ações voltadas para o acolhimento e o cuidado de seus usuários. No Brasil, esses serviços voltados às pessoas em sofrimento psíquico devem substituir o hospital psiquiátrico, fazendo a transição do modelo biomédico/asilar para o modelo da atenção psicossocial (AMARANTE, 2008).

A dimensão jurídico-política se configura como um grande desafio, principalmente quando a loucura deixa de ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, e passa a ser compreendida como a existência-sofrimento na sua relação com o corpo social. Conforme aponta Amarante (2008), a revisão da legislação deve ser o primeiro aspecto trabalhado nessa dimensão. Tanto o Código Penal como o Civil apresentam obstáculos significativos às pessoas em sofrimento psíquico. No que diz respeito ao exercício da cidadania, a questão dos Direitos Humanos assume uma expressão singular, pois trata-se da “luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2008, p. 69-70).

A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira se configura como uma dimensão estratégica voltada para a transformação do lugar social da loucura. Nesse cenário, estão presentes as associações de usuários e familiares, as cooperativas sociais, bem como diversas formas de trabalho e atuação na comunidade por meio de projetos, festas, rádios etc. Seu princípio fundamental é envolver a sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, levando a ela a reflexão sobre os temas da loucura, da doença mental e dos hospitais psiquiátricos, por meio da produção cultural e artística dos vários atores envolvidos nesse processo (AMARANTE, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a Reforma Psiquiátrica Brasileira acentuando seu caráter de ruptura, assim como a Psiquiatria Democrática, na vertente da desinstitucionalização, possibilita vislumbrar suas conquistas e desafios. Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política pública, o que é uma conquista inegável. A diminuição dos leitos psiquiátricos em instituições asilares e a expansão da rede substitutiva configuram um importante indicador de que a perspectiva reformista tem superado, de alguma maneira, os ideais da psiquiatria tradicional.

Contudo, a transformação da relação entre sociedade e loucura ainda é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que os ideais da desinstitucionalização concorrem com os desejos de tutela e asilamento sustentados pelo enraizamento, no tecido social, dos conceitos de periculosidade e incapacidade que, embora obsoletos, ainda legitimam a existência de espaços de exclusão como espaços de tratamento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

_____. Apresentação. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009. (CD-ROM)

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa*. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. 2. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. Carta de Nova York – o doente artificial. In: BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir. Freire. Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro de alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTELO BRANCO, Guilherme. Michel Foucault e a anti-psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 3, n. 6, p. 1-15, 2012.

CASTRO, Ulysses Rodrigues. *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias e velhas práticas*. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Perspectiva: São Paulo, 1973.

DELACAMPAGNE, Christian. A contestação antipsiquiátrica. *Mental*, v. 2, n. 2, p. 27-34, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2016.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GABRIEL, Guiomar Almeida; TEIXEIRA, José Carvalho. Ronald D. Laing: a política da psicopatologia. *Análise Psicológica*, v. 25, n. 4, p. 661-673, 2007.

GALLIO, Giovanna; CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles – A escola de liberdade. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura, 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 85-128.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORGE, Marco Aurélio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

LAING, Ronald. *Sobre loucos e sãos*. Brasiliense: São Paulo, 1982.

LARA, Aline Frollini Lunardelli. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. *Psicologia USP*, v. 17, n. 1, p. 35-52, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000100004>.

MELO, Walter. *Oswaldo dos Santos*. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes, 2013. (Coleção Memória do Saber).

PASSOS, Izabel Christina Friche. Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 21-32, 2012.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospícios* - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROTHER, Edna. Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. [Editorial].

Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>.