



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades  
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

## **REFORMA PSIQUIÁTRICA, MOVIMENTO SOCIAL E ENGAJAMENTO PROFISSIONAL**

*Renata Heller de Moura*

*Cristina Amélia Luzio*

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho*

[rena\\_heller@hotmail.com](mailto:rena_heller@hotmail.com)

[crisamelia@uol.com.br](mailto:crisamelia@uol.com.br)

### **Introdução**

A década de 80 é o marco cronológico na mudança de postura do Ministério da Saúde em relação às Políticas Públicas de Saúde. Através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e da Constituição de 1988, dá-se início a uma reorganização no modelo de atenção à saúde no Brasil. Partindo de um referencial de saúde como um direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados, criou-se o Sistema Único de Saúde - SUS, cujos princípios norteadores incluem: acesso universal, equânime e atendimento integral e descentralizado (BRASIL, 2004).

Essa mudança de postura tem proporcionado uma nova relação entre Estado e sociedade, terreno fértil para um trabalho de desconstrução e construção, operacionalizado por diversos atores, propostas, metas, projetos, interesses e movimentos sociais. A partir desse novo modelo, busca-se implementar ações em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Concomitantemente a essas mudanças, historicamente conhecidas como “movimento pela reforma sanitária”, operava também em campo nacional, um outro movimento reformista dentro de uma área específica da saúde – a saúde mental – a saber, o “movimento da reforma psiquiátrica”, que apresenta, desde seu início, uma enorme complexidade, seja no campo jurídico, político ou assistencial.

Apesar de serem movimentos que faziam reivindicações semelhantes na área da saúde, “o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (BRASIL,



2005, p. 6). É sobre esse processo de Reforma Psiquiátrica que incidiremos nossa reflexão neste texto.

Pretendemos aqui analisar o processo de Reforma Psiquiátrica enfatizando que sua história é marcada pela presença de movimentos sociais que muito contribuíram para pressionar de fora e ocupar espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho do Estado, buscando garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas.

No bojo da luta pela democratização do país que ocorria na década de 1980, surgiram novos sujeitos históricos que se afirmaram como interlocutores fundamentais na construção de uma nova concepção de “loucura” e, para tanto, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental teve papel fundamental. As reuniões e conferências desenvolvidas pelos movimentos sociais muito contribuíram para a promulgação de uma constituição que conferisse a população brasileira o direito de participação política e controle social. O próprio Sistema Único de Saúde é fruto desse processo e sua organização legal passou a permitir a participação da sociedade civil na formulação, fiscalização e deliberação de políticas de saúde, por meio da criação dos Conselhos de Saúde. A criação do SUS em diálogo com a Reforma Psiquiátrica tem permitido a construção de uma rede de dispositivos de assistência à Saúde Mental no contexto da Saúde Pública.

Neste estudo, primeiramente apresentaremos um breve resgate histórico do cuidado psiquiátrico desenvolvido no Brasil, a fim de contextualizar a crise desembocada nos anos de 1970, crise essa que contribuiu para deflagrar o movimento de reforma do cuidado em saúde mental. Após isso, destacaremos a importância dos movimentos sociais presentes no processo de luta pela Reforma Psiquiátrica. Por fim, compartilharemos vivências atuais em mecanismos de controle social com o objetivo de contribuir para o debate de que o engajamento profissional e a participação social continuam sendo prerrogativas para a continuidade do processo de mudança em busca de uma assistência de qualidade na área de saúde mental.

Este estudo é fruto do grupo de pesquisa “Figuras e Modos de Subjetivação no Contemporâneo” – linha de pesquisa “Subjetividade e Saúde Coletiva” – da UNESP/Assis.



### **Breve histórico do cuidado psiquiátrico no Brasil**

Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a Câmara lhe daria quando a família do enfermo o não pudesse fazer. A proposta excitou a curiosidade de toda a vila, e encontrou grande resistência, tão certo é que dificilmente se desarraigam hábitos absurdos, ou ainda maus. A idéia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma sintoma de demência e não faltou quem o insinuasse à própria mulher do médico (ASSIS, [1882] 2005).

Para tratar do tema Saúde Mental no contexto da Saúde Pública Brasileira não poderíamos deixar de fazer menção a ilustre obra intitulada *O Alienista*, de Machado de Assis (1839-1908). Segundo Amarante (1994) esta obra merece de nossa parte bem mais que uma justa admiração, pois se trata de um estudo profundo, um retrato vivo e perspicaz do processo de psiquiatrização e patologização do “louco” no Brasil. Assim, Amarante (1994, p.73) resume o conto:

No conto, Simão Bacamarte, ao voltar da Europa, com o entusiasmo e a euforia que são características de todos os alienistas, procura levar a cabo a missão que tem para com a humanidade. Após conquistar o apoio da Câmara Municipal, edifica sua Casa Verde, o que lhe possibilita reunir em um mesmo espaço todos os supostos loucos de Itaguaí para, em seguida, pesquisar o que vem a ser a enfermidade mental. Parte, enfim, para a ambição maior que é a de conhecer a loucura para sobre ela intervir com certeza e convicção. A loucura, entretanto, não se deixa desvendar. Seria o alienista o alienado? Interroga, perplexo, o povo de Itaguaí.

Sem sombra de dúvida, este conto de Machado de Assis, publicado originalmente em 1882, se consagrou como um clássico da literatura brasileira não só pela sua vanguarda na produção literária, mas também por sua vanguarda na análise crítica da relação saúde-doença mental e crítica à concepção médica psiquiátrica que sobre ela viria intervir. Trata-se de um texto que nos ajuda a refletir sobre a história da saúde mental no Brasil, por trás da ironia do dilema apresentado: “Seria o alienista o alienado?”.



Como afirma Ribeiro (1999), pelo fato do Brasil ser um país “novo”, ele não possui uma vasta história de saúde mental, se comparado a países da Europa e da Ásia, excetuando-se, é claro, as concepções indígenas que aqui já se desenvolviam sobre este assunto mesmo antes da colonização.

Com efeito, será apenas no século XIX, quando a psiquiatria já se estabelecia como o saber científico que busca compreender a loucura, que também no Brasil, país de colonização predominantemente europeia, também se construirá um espaço para a psiquiatrização da loucura.

Neste curto espaço de tempo, queremos apenas levantar pontos para o debate e fazer algumas indicações que forneçam subsídios para se construir uma reflexão sobre a constituição histórica da Saúde Mental no contexto da Saúde Pública no Brasil. No traçado desses pontos não podemos deixar de resgatar as condições político-sociais que abrem espaço para o nascimento de uma psiquiatria e para o desenvolvimento de etapas subsequentes.

A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. A ordem psiquiátrica, como veremos, é oferecida como paradigma de uma organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Mesmo tratando, ou procurando tratar, pela via médica, o que lhe é alheio ou o que não lhe é exclusivo, como desejam alguns. Mesmo procurando disciplinar o que foi demonstrado, historicamente, não ser uma questão de disciplina (AMARANTE, 1994, p. 73).

Antes de mais nada, é preciso entender que “o elaborador, emissor e interlocutor das políticas de saúde, em qualquer momento conjuntural em que tenda a se manifestar historicamente, no Brasil, foi e é o Estado<sup>1</sup>” (LUZ, 1994, p. 86). A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX (como quase tudo no Brasil!). No século XIX, surgem as preocupações do Estado quanto à Saúde Pública, especificamente com as epidemias e com a loucura (COSTA, 1999). A epidemia e a loucura têm como fator em comum o fato de ambas serem doenças “interclasses”, ou seja, que afetam e destroem camadas sociais diversas. Atingem tanto as classes inferiores como superiores. Frente a isso é

---

<sup>1</sup> Estado, aqui, está sendo entendido em seu sentido restrito, ou seja, “no sentido do conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Estes aparelhos incluem tanto a escola, o hospital, como o cárcere, a política, a lei, a norma – forma do discurso institucional – e os Ministérios” (LUZ, 1994, p. 87).



possível compreender porque o Estado se interessa tanto pela epidemia e pela loucura, de modo que as duas passam a ser um problema de Saúde Pública.

Na segundo metade do século XIX, surge o primeiro hospício no Brasil, o Hospício de Pedro II, em 1852, como forma de asilamento não só dos loucos e doentes, mas também mendigos, aleijados, negros (escravos ou não), criminosos, que infestavam as ruas tornando-as inseguras, pelas atitudes incertas que tais cidadãos poderiam tomar.

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de parias. São ainda, trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou a englobar sobre o título de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

Tantas ameaças justificam tantas preocupações e, segundo Luz (1994), o Estado tem que responder institucionalmente com táticas diversas, aplicáveis a estes setores sociais tão diversos. É assim que, no último terço do século XIX, foram criadas as instituições de saúde, cujo discurso atribui a causa das doenças físicas e mentais ao meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles, a habitação, aos costumes, aos hábitos alimentares, morais e sexuais. Diante dessas questões, surge como proposta a unificação dos departamentos e serviços e a centralização de decisões, de preferências nas mãos dos especialistas (médicos, engenheiros sanitários, psiquiatras).

Os hospícios se caracterizam como espaço de exclusão. Acolhiam não apenas os doentes mentais, mas também criminosos, vagabundos, mendigos, enfim, todos os “desafortunados sobre os quais o Estado, através da ciência, lança seu olhar compadecido”. (LUZ, 1994, p. 92). Com a Proclamação da República, que trás consigo a maior participação política dos profissionais da medicina, a psiquiatria passou a buscar uma intervenção mais profícua junto às instituições públicas.

No entanto, Luz (1994) ressalta que, apesar da mudança institucional, ainda se dava mais importância para a loucura em si do que para o próprio louco. Dentro da instituição, o indivíduo continuava sendo “despido” de sua identidade para assumir uma identidade institucional que, de certa forma, lhe era imposta. Ao preocupar-se mais com a loucura, deixou-se de lado a questão das condições sociais que sempre foram determinantes na concepção que se constrói sobre loucura.



Com as epidemias se alastrando e o espaço do crime e da loucura crescendo, o combate estatal a esses grandes males da Saúde Pública se tornam, cada vez mais, alvos de campanha. Mas, apesar de toda a campanha do Estado, os psiquiatras não descansam: eles procuram ligações entre a loucura, o crime e a hereditariedade. Não encontrando os germes físicos da loucura, passaram a defender a ideia de que os germes eram morais. E para estes só existe uma solução: educar e reeducar a população, trabalhando com conceitos já existentes nas instituições, tais como as escolas, o trabalho, o exército, a família.

Nesse momento surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), reconhecida como órgão de utilidade pública em 1923. Trata-se uma associação constituída por profissionais liberais, geralmente médicos, que possuíam representatividade e engajamento político governamental e desenvolviam intervenções no nível da Higiene Mental voltado para a população brasileira, por meio de subsídios governamentais ou dos próprios associados. Assim, a ciência identificada com a República, em prol do desenvolvimento da Nação, assumiu um papel social de responsabilidade pelo progresso. As instituições ora criadas deveriam ser porta-vozes dessa ciência que tanto bem fariam ao país. Os médicos não pretendiam limitar sua esfera de ação ao domínio intelectual. Era preciso penetrar também na vida da população.

Nesse contexto urbano, industrial, moderno, a medida em que as doenças físicas foram sendo minimizadas, uma outra preocupação, além daquela circunscrita ao domínio da biologia e da fisiologia começou a inquietar esses intelectuais: a *higiene mental*. Segundo o médico Carlos Penafiel (1925, p. 11),

[...] a maquina na indústria moderna, atividades febricitantes impossíveis com o musculo humano, assim também com o musculo animal, mas que vieram requerer muito mais das qualidades cerebrais do operário do que de suas qualidades físicas, - criaram, neste meio século último, novos problemas médicos psico-físicos que estão a desafiar a higiene publica, ou mais especialmente a Higiene Mental.

A *higiene mental* procurou trabalhar em ligação com a *higiene geral*, mas dedicando-se mais particularmente a salvaguardar a saúde psíquica dos indivíduos. Segundo Fontenelle (1925, p.1), devia-se considerar a importância da atividade



psíquica, estando esta profundamente entrelaçada com a física, surgindo, assim, “a higiene mental como uma cogitação especial”. Consolidada-se, assim, o campo de higiene mental, orientado pelas preposições americanas existente na época e pelos pressupostos da Higiene Social do século XIX e dirigidas ao proletariado urbano europeu, bem como pela teoria da degenerescência de Morel. Hasteando a nova bandeira da higiene pública, a LBHM tornou-se um importante veículo de defesa da ordem e do progresso nacional, da família “mentalmente saudável” e “moralmente higiênica”.

Embora o discurso médico difundido pela LBHM tenha buscado uma intervenção no nível mental para além do hospital psiquiátrico (procurando adentrar as casas, comunidades, escolas, presídios...), o modelo hospitalocêntrico de intervenção psiquiátrica não deixou de ser o paradigma da assistência em Saúde Mental na época. Mesmo procurando intervir em contextos menos segregadores, a matriz ideológica da LBHM corrobora com a prática de psicopatologização social. Portanto, as internações não cessam quando a patologia fosse identificada nos sujeitos da época.

Esse modelo sofre grave crise na década de 1950. A assistência à Saúde Mental nessa época estava caótica, em função de um sistema hospitalocêntrico oneroso e ineficiente, em que as condições de tratamento eram muito semelhantes às existentes no Brasil Imperial, quando da construção do Hospício Pedro II (RESENDE, 1990).

A assistência psiquiátrica pública passou a ser questionada, sobretudo, diante das transformações pelas quais as práticas manicomial passavam na Europa e nos EUA, após a II Grande Guerra. Além disso, a descoberta dos neurolépticos, medicação psicotrópica utilizada no tratamento das psicoses, responsáveis em parte, pelas transformações dos manicômios no mundo ocidental, a partir de 1955, entraram no mercado brasileiro, questionando ainda mais o tipo de assistência oferecida pelas instituições psiquiátricas. Nesse período, de acordo com Resende (1990), a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a recomendar aos países o investimento em ações de saúde mental, sobretudo pelo alto custo da doença mental para o processo produtivo.

Assim, na década de 1960, a assistência psiquiátrica expande e adquire, no país, o *status* de prática assistencial de massa. Isso ocorre, paradoxalmente, após a instalação da ditadura militar de 1964. Tal expansão caracteriza-se pela modificação de uma



assistência destinada apenas ao ‘doente mental indigente’ para uma que abrangesse a classe trabalhadora e seus descendentes.

Nesse contexto, no final da década de 1960, observa-se a criação de uma ampla rede de hospitais particulares e conveniados com o poder público, em substituição aos velhos e precários hospitais públicos. Para Resende (1990), esse se transforma em um negócio altamente rentável para a iniciativa privada, denominada de ‘Indústria da Loucura’.

A partir da década de 1970, as consequências negativas da política do denominado ‘milagre brasileiro’, responsável pelo declínio das condições de vida da população, somadas às graves denúncias existentes contra a denominada ‘indústria da loucura’, desencadeiam um lento recuo na expansão dos hospitais psiquiátricos no país. O poder público deixa de investir no setor. Isso ocorre também devido à influência de várias reuniões promovidas pela OMS e pela ONU, com os ministros da saúde de vários países latino-americanos.

Em outubro de 1972, em Santiago do Chile, surge o Plano Decenal para as Américas. Nele, as diretrizes principais estabelecidas para a área de saúde mental recomendam a diversificação da oferta de serviços, a redefinição do número de leitos para cada país de modo a priorizar o tratamento ambulatorial. Esse plano também propõe a regionalização dos serviços, ações específicas para os egressos e campanhas para a reabilitação dos pacientes crônicos. Condena ainda a estrutura macro-hospitalar. O plano representa uma tentativa dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, com o objetivo de implementar as diretrizes preventivistas americana e de substituir os conceitos de Higiene Mental pelo de Saúde Mental.

O final dos anos 70 caracterizou-se por um período marcado por uma série de denúncias públicas sobre as péssimas condições a que estavam submetidos os portadores de transtornos psiquiátricos internados nas instituições hospitalares. Imagens chocantes dos pacientes psiquiátricos flagrados em abandono estarreceram o Brasil. Nesta época começa a ser descortinado o véu sobre a violência institucionalizada, para fazer cair uma instituição do século do XVIII. A resposta do Estado para a sociedade foi a tentativa de humanização dos hospitais psiquiátricos, através da criação de uma série de projetos com esses objetivos.



Com o agravamento do quadro social e econômico do país, desfavorável desde o início da década de 1970, forjam-se movimentos sociais que lutam pela democratização e reivindicavam direitos sociais. Entre os direitos fundamentais para o exercício da cidadania incluem-se o acesso a melhores condições de saúde. Essa reivindicação da sociedade aproxima-se dos movimentos de profissionais de saúde, que apontam para a necessidade de reformar o sistema de saúde pública. As ações tornam-se cada vez mais uma questão política. É nesse cenário que se inicia o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995).

Para FIGUEIREDO (1988, p. 157), entre 1977 e 1979, em São Paulo:

[...] ocorreram três momentos historicamente muito importantes para o início de articulações. O primeiro foi o episódio do Hospital Congonhas(SP), que evoluiu de 77 a 79 e que mobilizou todas as forças destes grupos alternativos em termos de solidariedade e apoio. O segundo foi a realização do I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, na cidade de São Paulo e promovido pelo CEBES. Na ocasião, as pautas estavam relacionadas às condições de trabalho em Saúde Mental, às condições de assistência e à Política Nacional de Saúde. [...] O Terceiro, em junho de 1979, foi a vinda de Franco de Basaglia ao Brasil, organizada pelo Instituto de Psiquiatria Social (IPSO), Sociedade de Psicodrama de São Paulo e Associação Mineira de Psiquiatria.

Esses eventos foram articuladores dos movimentos sociais em São Paulo. A partir daí surgiram a Frente de Defesa dos Direitos Humanos do Doente Mental e a Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria no Brasil.

No bojo desses acontecimentos, o jornalista Hiram Firmino escreveu uma série de reportagens, intitulada “Os porões da loucura”, denunciando as péssimas condições do Manicômio de Barbacena, Minas Gerais. Também Helvécio Rattón dirige o documentário intitulado “Em Nome da Razão”, no qual é desnudado o retrato cruel e violento do mesmo manicômio. O filme revela a total degradação das condições de vidas dos internos de todos os ambientes do hospital e propõe uma reflexão sobre a função social do manicômio: para que e a quem servem os hospitais psiquiátricos?, quem são as pessoas enviadas para lá?, e qual o processo de cura e recuperação a que são submetidos? Esses são questionamentos que passam a ser deflagrados por essas denúncias.

Já na década de 1980, ainda sob a influência de tais encontros, vários profissionais de renome na área realizaram severas críticas à Política Nacional de Saúde

Mental. Nessa época, segundo Amarante (1995), parte dos integrantes dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica passaram a ocupar funções no Governo, tanto na esfera federal como na Estadual. Em 1987 realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), com o objetivo de definir as diretrizes políticas para a área, em consonância com a Reforma Sanitária proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. No final daquele ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, aprovou a proposta de luta "Por uma sociedade sem manicômio". Esse princípio tornou-se referência para o estabelecimento de um novo modelo assistencial para a saúde mental na Saúde Pública, hoje denominado de 'atenção psicossocial'.

[...] a atenção psicossocial, que hoje é a diretriz, inclusive legal, da assistência pública para a saúde mental e se constitui em uma espécie de paradigmas de cuidados à doença mental, paradigma este caracterizado por uma ampliação do escopo das intervenções no sentido de tratar a doença mental no próprio meio social e promover as condições para uma existência mais favorável do doente mental, aí incluído o objetivo de preservar ou resgatar os laços de pertencimento social do paciente (TENÓRIO E ROCHA, 2006, p. 56).

A nova legislação que passou a regulamentar a saúde mental no Brasil provocou mudanças em relação, principalmente, aos processos de internação de portadores de sofrimento mental, provocando uma diminuição destas internações e uma consequente redução de leitos em hospitais psiquiátricos. No entanto, redução de leitos e internações em hospitais psiquiátricos não pode ser entendida como sinônimo de desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica. Na direção de um atendimento que supere o paradigma hospitalocêntrico e psicopatologizante foram criados, desde a década de 1980, vários dispositivos de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico.

No entanto, o paradigma do atendimento centrado na cura, alívio de sintomas e utilização de medicamentos não foi completamente superado. Sendo assim, os hospitais psiquiátricos ainda não deixaram de existir e, muitas vezes, nas novas instituições criadas para atender essa demanda, a prática profissional não mudou (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; DIMENSTEIN, 2001). Isso se deve ao fato de que mudanças sociais são lentas e nem sempre acompanham toda a produção teórica-técnica já construída sobre determinados modos de existir e se relacionar. É nesse sentido que



queremos destacar a importância dos movimentos sociais como fundamentais para desencadear essas mudanças.

### **Movimentos Sociais e Reforma Psiquiátrica**

No breve histórico que no curto espaço dessa reflexão ousamos realizar (correndo todos os riscos de sermos, portanto, superficiais), já pudemos notar a presença dos movimentos sociais que contribuíram para o desenvolvimento desses processos reformistas na área da saúde. Os leitores já afeitos a essa discussão, já puderam identificar acima a denominação de alguns desses movimentos que se fizeram no bojo dessa história do (des) cuidado psiquiátrico no Brasil e que marcaram e contribuíram para mudar a história das Políticas Públicas brasileiras na área da saúde mental. Ao fazer o resgate histórico, já tivemos que nos referir aos movimentos sociais, pois eles são parte dessa história. Mas, talvez, para o leitor não tão habituado com o tema, não esteja claro a que movimentos sociais estamos nos referindo. Nesse momento então, procuraremos fazer os devidos esclarecimentos. Começamos pela definição de movimentos sociais a que estamos nos referindo.

Partilhamos da concepção de Melucci (1994, apud GOHN, 2004, p. 12), a qual entende que os movimentos sociais são

[...] parte da realidade social na qual as relações sociais ainda não estão cristalizadas em estruturas, onde a ação é portadora imediata da tessitura relacional da sociedade e do seu sentido. Ou seja, os movimentos transitam, fluem e acontecem em espaços não-consolidados das estruturas e organizações sociais. Na maioria das vezes, eles estão questionando essas estruturas e propondo novas formas de organização à sociedade política.

Um dos movimentos sociais de grande importância para a implementação de mudanças nas práticas e cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Segundo Nabuco (2006), em 1978, três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal Nise da Silveira), no Rio de Janeiro, denunciam as péssimas condições de trabalho e assistência aos pacientes. Essas denúncias desencadearam uma demissão maciça de funcionários da saúde mental, o que passou a ser denominado de “a Crise da DINSAM”. A DINSAM era o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental, vindo posteriormente a



se transformar em Coordenação Nacional de Saúde Mental. Em função dessa crise e da maciça demissão que a acarretou, uma mobilização dos trabalhadores se iniciou, espalhando-se pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo, fazendo surgir o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Durante a I CNSM são realizadas várias reuniões paralelas dos militantes do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Nessas reuniões são discutidos rumos e estratégias para o Movimento. Entre os encaminhamentos do encontro do MTSM destaca-se a decisão da realização do II congresso Nacional do MTSM, cujo lema viria a ser Por Uma Sociedade Sem Manicômios. O II Congresso do MTSM, realizado em Bauru em 1987, faz contundente crítica ao modelo orientador até então das práticas substitutivas à internação psiquiátrica (LUZIO, 2003, p. 57).

O MTSM radicaliza, no sentido de ir à raiz, a necessidade de levantar a bandeira não apenas da desinstitucionalização hospitalar, mas de lutar por uma sociedade sem manicômios. Isso implica em repensarmos mais do que a própria prática de internação. Implica em repensarmos as relações sociais que sustentam toda e qualquer forma de exclusão e segregação.

Segundo Amarante (2007, p. 60), o objetivo do MTSM é

constituir-se em espaço de luta não institucional, em lugar de debate e onde se encaminham as propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores da saúde, associações de classe, assim como os mais amplos setores da sociedade.

O lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” inaugura outro movimento importante no contexto da Reforma Psiquiátrica, a saber, a Luta Antimanicomial.

Repensar as relações sociais que nos institucionalizam é fundamental por mais utópico que pareça. Trata-se de questionar não apenas a existência de hospitais psiquiátricos ou a elaboração de dispositivos substitutivos aos hospitais, mas de buscar a superação de uma cultura manicomial, marcada pela fragmentação de ações ditas “especializadas”, pela expropriação do sujeito de sua condição de existência, pela segregação do diferente. É questionar uma cultura que, assentando-se na desigualdade de classes, é instrumentalizada por interesses de produção meramente lucrativos de exploração econômica do sofrimento humano.

Nesse primeiro momento, portanto, o processo da Reforma Psiquiátrica esteve relacionado ao surgimento do MTSM, cujas características fundantes eram a



multiplicidade e a pluralidade, uma vez que reuniam participantes de várias categorias profissionais e não somente da saúde, das instituições, entidades e movimentos com os quais atuava conjuntamente. O MTSM, naquela época, denunciava o sistema nacional de assistência psiquiátrica, repleto de corrupções, fraudes, violência e tortura, principalmente nos hospitais psiquiátricos, e o uso do mesmo pelo Regime Militar. Também criticava a cronificação produzida pelo manicômio, o uso do eletrochoque, bem como lutou por melhores condições de assistência à população e a humanização dos serviços de saúde. Desse modo começava a ser produzido um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas orientadas pelos trabalhos de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Basaglia. Tais autores participam de eventos no Brasil e contribuíram para o fortalecimento das críticas às práticas manicomial e hospitalocêntricas da psiquiatria brasileira daquela época.

Um segundo momento da Reforma Psiquiátrica brasileira, tem como marco o início da década de 1980, a partir da participação de integrantes dos Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica nos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, como uma forma de produzir mudanças nos campos da Saúde e Saúde Mental. É um período marcado pela institucionalização dos movimentos, no qual, por um lado, as lideranças buscam ocupar espaços de decisão e de outro, os movimentos tornam-se tática do Estado e passa absorver o pensamento e as lideranças críticas em seu interior, seja para alcançar legitimidade ou para reduzir os protestos e denúncias.

No campo específico da Saúde Mental, “as iniciativas foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação” (TENÓRIO, 2002).

A partir do II Congresso Nacional do MTSM, o Movimento da Reforma Psiquiátrica passa ser denominado de Movimento da Luta Antimanicomial e como tal inicia uma nova fase. Segundo (VASCONCELOS, 2008), nessa fase também pode se observar três períodos. No primeiro, cuja abrangência é 1992-1995, ocorre a expansão dos núcleos do movimento da luta antimanicomial, a organização dos usuários e familiares aas a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial e, conseqüentemente, o aumento de seus encontros e congressos. Em 1993 é lançada a carta de direitos e deveres dos usuários e familiares. Vários estados e municípios



aprovaram leis inspiradas no Projeto de Lei proposto por Paulo Delgado, em tramitação no Congresso Nacional. Também foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Em termos da assistência em saúde mental há diminuição significativa dos leitos psiquiátricos, criação de leitos em hospitais gerais, normatização e financiamento de novos serviços de atenção psicossocial, início do processo avaliação e supervisão dos hospitais psiquiátricos, entre outros.

No período de 1995 e 1999, segundo o mesmo autor, há uma mudança no perfil dos participantes dos encontros nacionais, estaduais e municipais do Movimento da Luta Antimanicomial com a ampliação da participação dos usuários e familiares. Também se inicia o processo de afastamento das entidades médicas no Movimento. Na assistência, ocorre o recuo do avanço no processo de construção da política para o setor ocorrido no momento anterior. No entanto, em alguns estados e municípios constata-se a propagação e a ampliação das propostas do Movimento.

Finalmente, no período de 1999-2001 o Movimento da Reforma Psiquiátrica está consolidado. Amplia sua participação nas instâncias de controle social e nos serviços substitutivos. Nesse sentido o Movimento entraria, de certo modo, em um processo de institucionalização. Além disso, há o fortalecimento da organização dos setores contrários à Reforma Psiquiátrica em curso, com a participação da Federação Brasileira dos Hospitais articulados com as entidades médicas. Esta participação se caracteriza, pelos menos, por duas vertentes. A primeira refere-se à ampliação e qualificação de sua representação. Na outra vertente, esse segmento tem elaborado propostas assistenciais na área.

### **Engajamento profissional em mecanismos de controle social**

Até aqui, procuramos demonstrar que, na construção de um novo paradigma para a assistência a saúde mental, movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental tiveram papel fundamental. As reuniões e conferências desenvolvidas pelos movimentos sociais muito contribuíram para a promulgação de uma constituição que conferisse a população brasileira o direito de participação política e controle social. O Sistema Único de Saúde é fruto desse processo e sua organização legal passou a permitir a participação da sociedade civil na formulação, fiscalização e deliberação de políticas de saúde, por meio da criação dos Conselhos de Saúde. Embora esses mecanismos de controle social sejam mecanismos institucionalizados, a abertura a



participação política os torna *locus* de enfrentamento social, onde a sociedade civil pode se fazer representar e propor constantes mudanças no modo de operar de alguns dispositivos do Estado.

A criação do SUS em diálogo com a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial tem permitido a construção de uma rede de dispositivos de assistência à Saúde Mental no contexto da Saúde Pública. No entanto, temos visto em nossa participação em mecanismos de controle social, tais como Conselhos Municipais de Saúde em dois municípios do Estado do Paraná, que muito pouco se discutiu sobre as práticas e intervenções na área de saúde mental.

Nos anos de 2009 e 2010 tivemos a oportunidade de participar ordinariamente de reuniões nesses referidos conselhos. Estes, como órgãos deliberativos, formuladores e fiscalizadores das políticas de saúde devem conhecer as metas pactuadas pelos municípios para o desenvolvimento de uma assistência a saúde com qualidade. Nesses conselhos, entretanto, constamos a rara participação de profissionais da área de saúde mental. Além disso, as metas e ações em saúde mental eram apenas mencionadas no momento de apresentação de relatórios, muitas vezes, sem a articulação com as demais áreas da saúde e apenas para fins de constatação de números.

Pensar politicamente sobre os dispositivos que estavam sendo criados em cada município e sobre a lógica de cuidado que opera em cada um deles ou na rede de assistência a saúde mental não eram pautas de discussão.

O que entendemos de nossa experiência, após todo o histórico anteriormente apresentado, é que se o processo da Reforma Psiquiátrica se descomprometer de seu caráter de engajamento, corremos o risco de desvirtuar todo o processo.

A luta pela desinstitucionalização da “loucura” não se faz somente pela “derrubada dos muros” do hospital psiquiátrico, mas também pela luta por “derrubar os muros” da institucionalização que submete a todos nós. Neste estudo, pudemos perceber que a criação de dispositivos sem consonância com os movimentos sociais e sem o engajamento dos profissionais que são chamados a atuar nesses novos dispositivos pode desfavorecer o processo de mudança de concepção social do fenômeno da “loucura” e provocar uma reprodução da lógica manicomial anterior.



## Referências

- AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados e alienistas. Em: AMARANTE, P. D. C. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ASSIS, M. Papéis Avulsos, Rio de Janeiro, *Ed. Martin Claret* [1882] 2005.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Cem anos de Saúde Pública: a visão da Funasa/Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio e janeiro: Edições Graal, 1999.
- FIGUEIREDO, G. **O princípio e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988, p. 157)
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**. vol.6 no.2 p.57-63, Maringá, Jul/Dez. , 2001.
- FIGUEIREDO, G. **O princípio e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988, p. 157)
- FONTENELLE, J. P. Hygiene mental e educação. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Rio de Janeiro, Ano. I, n. 1 , jan.-jun, 1925.
- GOHN, M. G. Teoria dos movimentos sociais. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. Em: AMARANTE, P. D. C. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- NABUCO, E. A Luta Antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos direitos humanos. [on line] Site: [http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo\\_nabuco.pdf](http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo_nabuco.pdf). (2006) Acessado: 06/06/2011.
- PENAFIEL, C. O elemento psychico no trabalho humano. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Rio de Janeiro, Ano I, n. 2, jan.-jun.,1925.
- TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento a atenção psicossocial. Em: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (orgs.) **Psicanálise e saúde mental**. Rio de janeiro: Campanha de Freud, 2006.



RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R., TUNDIS, S.A.(org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 2.ed. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1990.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira- da década de 1980 aos dias atuais: História e Conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9 (I), 25-59, 2002. VASCONCELOS, E. M. (org.) **Abordagens Psicossociais**. Vol. II. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ática da Cultura e das Lutas Populares. São Paulo: Hucitec, 2008

TRAVERSO-YÉPEZ, M. **A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios**. *Psicologia em Estudo*. vol.6, no.2, p. 49-56, Maringá, Jul/Dez, 2001.