

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - FFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

VINÍCIUS RAUBER E SOUZA

**CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA:
O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre
2012

VINÍCIUS RAUBER E SOUZA

**CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA:
O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Ricardo Mariano

Porto Alegre
2012

VINÍCIUS RAUBER E SOUZA

**CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA:
O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ricardo Mariano – PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Soraya Maria Vargas Cortes – UFRGS

Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Bittencourt Ribeiro – PUCRS

AGRADECIMENTOS

Prefiro pensar que este trabalho não foi feito apenas por duas mãos. Não fosse o apoio dado por diversas instituições e pessoas (não que instituições não estejam permeadas por pessoas) este trabalho não teria sido realizado, pelo menos não nas condições em que foi feito, o que certamente alteraria o produto final.

Agradeço ao pedreiro, ao carpinteiro, à secretária, ao transuente e à todos os que compõem e compuseram o mundo social pelas suas contribuições, diretas ou indiretas, voluntárias ou involuntárias, no fornecimento das condições para que meu trabalho pudesse ser realizado.

Agradeço à Coordenação da Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me concedeu a bolsa de mestrado, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, incluindo professores e funcionários, por ter me selecionado entre diversos candidatos para realizar o curso e àqueles que financiaram minha pesquisa através do pagamento de impostos.

Agradeço a todos os entrevistados, que me forneceram seu tempo, seu depoimento e sua atenção e foram de suma importância na análise aqui realizada. Agradeço também a todos os professores e autores que ao escreverem suas obras me inspiraram, forneceram o material empírico e teórico da pesquisa, tornando possível que eu pudesse dar uma contribuição intelectual e acadêmica no campo das ciências sociais.

Agradeço ao orientador, Dr. Ricardo Mariano, pelo tempo, pela paciência e pelos ensinamentos dispendidos, mas sobretudo pela confiança repassada, dosando perfeitamente a cobrança pela qualidade do material e a liberdade para que eu fizesse minhas escolhas de pesquisa; ao Dr. Hermílio dos Santos, pelas contribuições na banca de qualificação; à professora Fernanda Bittencourt Ribeiro pelas contribuições como professora, no estágio de docência e pela sua participação nas bancas de qualificação e de defesa da dissertação; à professora Soraya Maria Vargas Cortes por ter aceitado a participação na banca de defesa de dissertação.

Por fim, agradeço aos familiares e amigos pela companhia e pelo apoio, mas principalmente por entenderem minhas inúmeras ausências nos círculos sociais durante estes dois anos de pesquisa.

RESUMO

O trabalho aborda processo de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Focaliza a contrarreforma psiquiátrica, com o retorno de um modelo hospitalocêntrico – centrado na internação e no atendimento em hospitais gerais – às políticas públicas de atenção à saúde mental em detrimento do modelo psicossocial, que é baseado no atendimento ambulatorial e comunitário. Procura mapear os conflitos, as disputas, os recursos utilizados pelos grupos, os principais tipos de capital valorizados no campo, a atual configuração, a participação dos envolvidos nos debates públicos e suas principais estratégias e mecanismos de ação. Salienta a formação de alianças e coalizões no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul. Foca a análise nos grupos que resistem à reforma psiquiátrica, tema de pesquisa que permanece praticamente intocado pela literatura acadêmica, examina suas relações e sua atuação na arena política em saúde mental. A pesquisa empírica que deu suporte ao trabalho foi feita a partir da observação de debates públicos e eventos na área da saúde mental, de entrevistas realizadas com agentes no campo e da leitura de atas de reuniões, jornais, blogs, teses e dissertações sobre o assunto. Conclui que o modelo de atenção à saúde mental de base psicossocial vem perdendo espaço nas políticas públicas nos últimos anos para o modelo hospitalocêntrico, que se consolidou como o paradigma dominante no campo da saúde mental principalmente a partir da epidemia de crack.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; contrarreforma psiquiátrica; saúde mental.

ABSTRACT

The work addresses the process of psychiatric reform in Rio Grande do Sul. It focuses in the psychiatric counter-reform, with the return to the hospital-centered model – centered on internation and on care in general hospitals – to the mental health policies in place of the psychosocial model, based on outpatient and community treatment. It seeks to scan the conflicts, the disputes, the resources used by the groups, the main types of capital in the field, the current configuration, the participation of those involved in public debates and your main strategies and mechanisms of action. It emphasizes the formation of alliances and coalitions in the field of mental health in Rio Grande do Sul. The analysis focuses on groups that resist to the psychiatric reform, topic that remains largely untouched by the academic literature, examines their relationships and their role in the political arena in mental health. The empirical research, that has supported the work, was done from the observation of public debates and events on mental health, interviews with the agents in the field and from the reading of minutes of meetings, newspapers, blogs, theses and dissertations on the subject. We conclude that the model of mental health care for psychosocial base has been losing ground in public policy in recent years for the hospital-centered model, which has established itself as the dominant paradigm in the field of mental health mainly from the crack epidemic.

Key-Words: Psychiatric reform, psychiatric counter-reform, mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema da rede de atenção à saúde mental do SUS, página 65.

Figura 2: Tipos de CAPS, página 66.

Figura 3. Folder do lançamento da campanha *Loucura é falta de leitos!*, página 129.

Figura 4. Outdoor da campanha na Avenida Nilópolis, em Porto Alegre, página 130.

Figura 5. Cartaz da campanha *Crack, Nem Pensar!*, página 138.

Figura 6. Outro cartaz da campanha *Crack, Nem Pensar!*, página 139.

Figura 7. Maquete da unidade ampliada do Hospital, página 154.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASUS – Associação Brasileira em Defesa dos Usuários do SUS
ACM – Antônio Carlos Magalhães
AGAFAPE – Associação Gaúcha de Amigos e Familiares do Portador de Esquizofrenia
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AJURIS -Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul
AL/RS – Assembleia Legislativo do Rio Grande do Sul
AMP/RS - Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul
AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APRS – Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
ARENA - Aliança Renovadora Nacional
AUFTA - Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores de Caxias do Sul
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPAD - Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
CES/RS – Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNM - Confederação Nacional de Municípios
CONEN - Conselho Nacional de Entorpecentes
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
CRF - Conselho Regional de Fonoaudiologia
CRM – Conselho Regional de Medicina
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
d.C – Depois de Cristo
DAS - Departamento de Ações em Saúde
DCHE - Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DNA - Ácido Desoxirribonucleico (em inglês)
DSM - Diagnostic and Statistical Manual
ECT - Eletroconvulsoterapia
ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA – Estado Unidos da América
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
FEHOSUL - Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul
FGSM – Fórum Gaúcho de Saúde Mental
GAPH -Grupo de Avaliação e Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social
GT – Grupo de Trabalho
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPF - Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso
LUME - Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG's – Organizações Não-Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PL – Projeto de Lei
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
POA – Porto Alegre
PP –Partido Progressista
PRD - Programa de Redução de Danos
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família
PSOL – Partido Socialismo e Liberdade
PT – Partido dos Trabalhadores
PUCRS ou PUC - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RBS – Rede Brasil-Sul
RENILA - Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial
RS - Rio Grande do Sul
SC – Santa Catarina
SciELO - Scientific Eletronic Library Online
SENAD - Secretaria Nacional Anti-Drogas
SESI-RS - Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul
SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPA - Serviços de Atenção aos Dependentes de Substâncias Psicoativas
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SSRI's - Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (em inglês)
SUS – Sistema Único de Saúde
TSE - Tribunal Superior Eleitoral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
ULBRA - Universidade Luterana do Brasil
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 PSQUIATRIA E ANTIPSIQUIATRIA.....	25
1.1 Psiquiatria.....	25
<i>1.1.1 Os primórdios da psiquiatria.....</i>	<i>25</i>
<i>1.1.2 As condições para o surgimento da moderna psiquiatria</i>	<i>26</i>
<i>1.1.3 O início da psiquiatria moderna.....</i>	<i>29</i>
<i>1.1.4 A primeira psiquiatria biológica</i>	<i>30</i>
<i>1.1.5 O surgimento da psicanálise.....</i>	<i>32</i>
<i>1.1.6 Alguns tipos de tratamento surgidos no século XX.....</i>	<i>33</i>
<i>1.1.7 A revolução psicofarmacológica</i>	<i>34</i>
<i>1.1.8 A segunda psiquiatria biológica</i>	<i>36</i>
1.2 Antipsiquiatria	37
<i>1.2.1 As bases teóricas da antipsiquiatria.....</i>	<i>37</i>
<i>1.2.2 Goffman e as instituições totais.....</i>	<i>39</i>
<i>1.2.3 As críticas de Foucault à psiquiatria.....</i>	<i>42</i>
<i>1.2.4 Tipos de antipsiquiatria</i>	<i>45</i>
<i>1.2.5 Movimento antipsiquiátrico.....</i>	<i>47</i>
<i>1.2.6 Reações à antipsiquiatria</i>	<i>50</i>
2 PSQUIATRIA, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	53
2.1 A psiquiatria no Brasil.....	54
2.2 As reformas sanitária e psiquiátrica	58
2.3 A rede de atenção integral a saúde mental do SUS no Brasil	65
3 PSQUIATRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL	70
3.1 A psiquiatria e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul.....	70
3.2 O campo da saúde mental no Rio Grande do Sul	77
3.3 As coalizões no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul.....	90
4 DISPUTAS E DEBATES EM TORNO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL	102
4.1 Primeiras formas de resistência às reformas nas políticas de saúde mental	103
4.2 O processo de aprovação da lei da reforma psiquiátrica	112

4.3 O aprofundamento da reforma psiquiátrica estadual.....	117
5 A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL.....	123
5.1 Primeira fase da contrarreforma.....	124
5.2 Segunda fase da contrarreforma	135
5.3 A consolidação da contrarreforma.....	151
Considerações finais.....	156
REFERÊNCIAS	161

INTRODUÇÃO

O tema da saúde mental adquiriu maior importância nos debates públicos em diversos países nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) destaca a importância da saúde mental na saúde pública, afirmando que mais de 25% da população mundial apresenta um ou mais transtornos psiquiátricos durante a vida. No Brasil, o Ministério da Saúde (2003) estima que 3% da população tem transtornos mentais severos e persistentes, 11% transtornos mentais graves em decorrência do uso de substâncias psicoativas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental em algum momento da vida. Além disso, o tratamento psiquiátrico está na pauta do dia, pois existe uma preocupação crescente com a população usuária de *crack*, incluída nas políticas de atenção à saúde mental. Tanto que em 2011 foi lançado o programa *Crack, é possível vencer!*, com um investimento previsto em R\$ 4 bilhões para o enfrentamento à epidemia da droga.

Mas nem sempre o tema da saúde mental teve tal abertura e publicidade. Até o início dos anos 60 a doença mental, identificada sob a forma de loucura, era um tabu em muitas sociedades. Desde então, tal situação se alterou em boa medida, mas não completamente. Tornou-se, contudo, objeto de movimentos pelos direitos humanos no Ocidente. A preocupação com o tratamento dado aos pacientes psiquiátricos originou-se das críticas às instituições psiquiátricas – consideradas lugares de cronificação das doenças e de maus-tratos – realizadas pela chamada antipsiquiatria.

A psiquiatria realiza reformas nas estruturas asilares e no tratamento dispensado aos loucos desde seu início. Considerado o pai da psiquiatria moderna, o francês Philippe Pinel era tido como um reformador no final do século XVIII. Ele ficou conhecido por retirar as correntes e fornecer um cuidado mais humanitário às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. No entanto, as críticas da antipsiquiatria e do movimento antimanicomial iniciadas nos anos 1960 se diferenciam das reformas internas da psiquiatria pela radicalidade com que questiona o estatuto científico da psiquiatria e por sua proposição de uma reformulação completa no modo de atendimento aos portadores de transtornos psiquiátricos (Foucault, 2004).

Nas décadas de 70 e 80, Itália, Inglaterra e Estados Unidos realizaram mudanças legislativas para atender a tais demandas, proibindo ou limitando a construção de hospitais psiquiátricos e regulando a internação de pacientes nestes locais. No caso brasileiro, a reforma psiquiátrica resultou não somente das críticas às instituições psiquiátricas em nível internacional. A saúde mental foi

objeto de intensos debates nos anos 80, juntamente com as lutas pelos direitos humanos, pela reforma sanitária e pela redemocratização. Ela surgiu no bojo da redemocratização do país (Amarante, 2000). A partir da nova Constituição, ocorreram mudanças estruturais no sistema de saúde público – sobretudo a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) – e nas relações entre atores sociais na área da saúde, incluindo a saúde mental. O debate sobre a reforma na psiquiatria visou garantir os direitos de cidadania dos portadores de transtornos psiquiátricos¹, promovendo sua retirada dos hospitais psiquiátricos e sua reinserção na sociedade.

Mas foi somente em 6 de abril de 2001 que a *Lei 10.216* instituiu a reforma no modelo assistencial em saúde mental, conhecida como lei da reforma psiquiátrica. Ela alterou as disposições sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de atenção à saúde mental. Se antes havia um modelo chamado hospitalocêntrico, centrado na internação dos doentes em hospitais psiquiátricos, a partir de então institui-se um modelo psicossocial (também conhecido como modelo comunitário) que privilegia o não-internamento e objetiva oferecer atendimento clínico ambulatorial e reinserir os pacientes na sociedade. Entre as principais alterações, a lei: 1) amplia a regulação da internação psiquiátrica, limitando-a a casos específicos; 2) veda a internação dos pacientes em instituições de caráter asilar (os manicômios); 3) substitui progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos por serviços de caráter aberto e proíbe a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2000).

Com a reforma, o número de leitos nos hospitais psiquiátricos foi reduzido de cerca de 100 mil na década de 70 para cerca de 30 mil leitos atualmente. Para substituí-los, foram criados serviços de regime ambulatorial e programas de reinserção social para os portadores de doenças mentais que viviam nos manicômios. Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) foram criados para substituir os hospitais psiquiátricos, sendo instituições centrais na rede de atenção em saúde mental que se criou. Atualmente existem 1.541 CAPS no país. Eles funcionam como centros de atendimento especializados em saúde mental oferecidos pelo SUS, onde os pacientes não ficam

¹O modo como se denominam os usuários das políticas de atenção à saúde mental é um tema delicado. A assistente social Jaqueline Monteiro (2009) afirma que o termo *portador de sofrimento psíquico* é o mais legítimo na substituição das antigas denominações (louco ou doente mental), consideradas pejorativas pelos usuários e familiares pertencentes ao movimento antimanicomial. Há diversas outras denominações, a saber: *portador de transtorno psiquiátrico*, *portador de sofrimento mental*, entre outros. Entretanto, os termos citados neste trabalho mantêm as concepções dos agentes entrevistados e dos textos lidos. De modo algum seria possível substituir o termo *louco* em Foucault (2004) por *portador de sofrimento psíquico*, por exemplo. Alternou por diversas vezes o termo, mas com mais frequência emprego *usuários dos serviços de saúde mental do SUS* ou simplesmente *usuários*. Nos casos de drogadição, utilizei o termo *usuários de drogas* (ou *usuários de + nome da droga*). Esta escolha se deu de maneira a não me colocar ideologicamente de um ou outro lado da disputa sobre a existência ou não da chamada doença mental, evitando igualmente os termos considerados pejorativos.

internados. Nos CAPS os portadores de transtornos psiquiátricos realizam atividades terapêuticas e recreativas e recebem tratamento sem serem apartados da sociedade (Brasil, 2010).

A reforma psiquiátrica não alterou apenas o modo como são tratados os portadores de doenças mentais. Como parte do concomitante processo de redemocratização do país, institucionalizaram-se mecanismos de participação social e se estabeleceu a descentralização político-administrativa do Estado, visando ampliar a participação popular no processo decisório, inclusive no sistema de saúde (Favieiro, 2007). Com isso, aumentou a presença e atuação de instituições e grupos sociais organizados que buscavam influenciar as políticas públicas, tendo como consequência a emergência de novas disputas na área da saúde (Monteiro, 2009).

O que antes era um campo dominado pelo saber do médico especialista tornou-se aberto à presença e à influência de usuários, de familiares e de outras categorias profissionais, entre as quais da fisioterapia, assistência social e psicologia. Estas mudanças incluíram ainda profissões impensáveis como agentes ativos na área da saúde mental até alguns anos atrás, como musicoterapeutas e educadores físicos. As diretrizes atuais das políticas públicas em saúde mental valorizam a interdisciplinaridade e o reconhecimento do outro como voz ativa, em especial a dos pacientes (Vizeu, 2008). Desde então, os atores sociais mais influentes nas arenas políticas na área de saúde são as organizações de profissionais e trabalhadores de saúde, as entidades de trabalhadores não especificamente da área da saúde, as associações comunitárias, os movimentos sociais e as entidades de portadores de patologias ou deficiências (Cortes, 2009).

Nesse processo, as instituições psiquiátricas e o discurso do médico especialista em saúde mental perderam parte de sua autoridade e legitimidade sobre o tratamento dispensado aos portadores de doença mental, ao ter que compartilhá-la com outros agentes. Como consequência da diminuição do número de leitos psiquiátricos e da criação de CAPS, os investimentos em serviços ambulatoriais de saúde mental (em especial os CAPS) aumentam a cada ano, enquanto o investimento nos hospitais – locus do poder médico – diminui proporcionalmente. Desde 2006, as despesas em ações não-hospitalares são maiores do que as hospitalares. Se em 2002 a proporção de gastos era de 75,24% para serviços hospitalares e 24,76% para serviços ambulatoriais, em 2010 essa relação quase que se inverteu, chegando aos 70,56% para gastos em ações comunitárias e 29,44% para hospitais (Brasil, 2011b). Por isso, entre outros motivos, muitos médicos e proprietários de hospitais e clínicas psiquiátricas trataram de combater a reforma psiquiátrica.

O campo da saúde mental no Brasil se estruturou, basicamente, em dois grupos em disputa. De um lado, estão os que lutam por um aprofundamento da reforma psiquiátrica, o chamado

movimento antimanicomial, no qual destacam-se instituições como o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). De outro, estão os grupos que oferecem resistência à reforma, os chamados contrarreformistas, entre os quais destacam-se a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (Amarante, 2000).

No Rio Grande assim como na esfera federal, o campo da saúde mental dividiu-se em duas grandes coalizões com interesses antagônicos. A favor da reforma psiquiátrica destacam-se o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM) e o Conselho Regional de Psicologia (CRP), que pressionam o estado para reduzir leitos em hospitais psiquiátricos especializados e criar serviços substitutivos de atendimento ambulatorial em saúde mental. Em contraposição, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) e a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS) defendem a criação de leitos em hospitais psiquiátricos (Ruszczyk, 2008; Dias, 2007).

Apesar de as leis federais serem superiores hierarquicamente às leis estaduais, muitos estados brasileiros possuem leis próprias de reforma psiquiátrica. Isso ocorre porque as leis estaduais podem ser criadas antes de uma regulamentação nacional. Foi o caso da reforma psiquiátrica. Em agosto de 1992, nove anos antes da lei nacional ser aprovada, o Rio Grande do Sul promulgou a *Lei 9.716*, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no estado. Baseada no projeto de lei nacional da reforma psiquiátrica, que tramitava no Congresso na época, a legislação gaúcha assemelha-se à nacional em seu conteúdo.

Uma das razões para que a lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul fosse aprovada antes da lei nacional é porque o movimento antimanicomial gaúcho era muito forte durante os anos 80 e 90. No entanto, nos últimos anos o movimento perdeu parte do seu poder para os grupos que oferecem resistência às mudanças no campo da saúde mental. Atualmente os contrarreformistas vêm recuperando influência nos partidos políticos e na mídia, mobilizando recursos econômicos e dispondo de crescente poder simbólico. Com isso, assistimos a um avanço do modelo hospitalocêntrico sobre o modelo psicossocial no Rio Grande do Sul, com políticas públicas em saúde mental que priorizam o atendimento hospitalar em detrimento do ambulatorial.

Por duas vezes os contrarreformistas gaúchos tentaram modificar a lei da reforma psiquiátrica, mas não conseguiram. Em 2004, o deputado estadual Santacroche Felice apresentou o Projeto de Lei nº 200/2004, que preconizava a manutenção da existência dos hospitais psiquiátricos e a supressão do controle no processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, apenas exigindo o aperfeiçoamento na qualidade de seu atendimento. O projeto acabou sendo retirado

devido à pressão do movimento antimanicomial, mas foi reapresentado em 2006 pelo deputado Adilson Troca (Projeto de Lei nº 40/2005, nos mesmos moldes do interior), sendo novamente arquivado em decorrência da mobilização do grupo antimanicomial.

Em 2007, o SIMERS criou a campanha *Loucura é falta de leitos!*. Através de reportagens pagas contra a reforma em jornais de grande circulação, veiculação *outdoors* nas ruas, a campanha chamou a atenção da população para a diminuição do número de leitos psiquiátricos e o fechamento de vagas nos hospitais psiquiátricos no estado promovidos pela reforma psiquiátrica. A partir dessa reação, o sindicato médico adquiriu maior força, visibilidade e legitimidade no campo da saúde mental para pressionar os gestores públicos, visando aumentar o número de leitos e os investimentos em hospitais psiquiátricos e impedir o avanço da reforma psiquiátrica.

O surgimento da chamada epidemia de crack – droga derivada da cocaína – fez com que a força desse grupo fosse impulsionada a partir de 2009, quando foi lançada pelo Grupo RBS a campanha *Crack, Nem Pensar!*. Daí em diante, o crack entrará definitivamente na agenda política gaúcha, estando presente nos jornais, telejornais, em debates e eventos sobre saúde, segurança pública. Graças a esta campanha, o discurso contra a reforma da falta de leitos psiquiátricos ganhou força, especialmente através da pressão dos psiquiatras, desta vez sob o argumento da necessidade da criação de novos leitos e centros especializados em saúde mental para tratar os usuários de drogas.

Apesar das diversas ações realizadas e de sua importância no campo da saúde mental, pouco se tem estudado os grupos que oferecem resistência à reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. A reforma psiquiátrica, tanto a gaúcha quanto a brasileira, é analisada basicamente a partir do ponto de vista dos movimentos sociais, dos trabalhadores em saúde mental, dos familiares e dos usuários. Paulo Amarante (2000), um dos principais analistas da reforma psiquiátrica, estuda principalmente o movimento antimanicomial. No Rio Grande do Sul, Jaqueline Russczyk (2008) pesquisou o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, enquanto Miriam Dias (2007) examinou a reforma psiquiátrica a partir de uma residência terapêutica. Outro ponto de convergência destes estudos é que eles privilegiam os grupos favoráveis à reforma. A maioria dos estudos, como os citados anteriormente, tende simplesmente a listar os grupos contrários à reforma, agrupando-os numa massa disforme, ou simplesmente a ignorá-los. Este trabalho procura preencher uma lacuna nos estudos acadêmicos sobre a reforma psiquiátrica. Enfoca, sobretudo, os grupos e os mecanismos de resistência à reforma psiquiátrica e suas ações para tentar revertê-la, ainda que parcialmente.

Toda a conjuntura da reforma psiquiátrica gera uma série de questões não respondidas até

então. Afinal, como ocorreu a perda de poder médico permitindo que a reforma psiquiátrica fosse implementada? Houve resistência no processo de aprovação da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul? E mais: como os contrarreformistas reagiram à aprovação da lei da reforma? Se o movimento antimanicomial era tão forte no início da década de 90, como os contrarreformistas conseguiram recuperar seu poder e sua legitimidade no campo, a ponto de pautar grande parte das políticas públicas em saúde mental nos últimos anos?

Baseado nestas questões, analiso as formas de resistência oferecidas pelos grupos contra a reforma psiquiátrica, desde o período do final dos anos 80 até o início de 2012. Primeiramente, procuro elucidar as condições que permitiram que a reforma psiquiátrica ingressasse na agenda política gaúcha e como foi o debate em torno dela. Em seguida, analiso o processo de aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica, focando as disputas ocorridas no legislativo, além dos espaços públicos de discussão. Na sequência, mostro como a reforma psiquiátrica avançou no Rio Grande do Sul em meio às resistências oferecidas pelos contrarreformistas. Abordo, ao final, as estratégias empregadas pela coalizão contrarreformista na tentativa de reverter a reforma, mapeando as suas ações, as alianças que realizaram, os consensos obtidos, além de frisar os dissensos, os conflitos e as negociações entre os grupos envolvidos nesse processo.

Para abordar esse fenômeno, farei basicamente uma combinação de três perspectivas: 1) a teoria do campo, de Pierre Bourdieu; 2) o modelo de coalizões de defesa, de Paul Sabatier e Christopher Weible; 3) e a análise de redes de políticas públicas, na formulação dos cientistas políticos Adam Silke e Hanspeter Kriesi. Com este referencial teórico, destaco o papel das relações de poder e das crenças e valores dos agentes nas políticas públicas em saúde mental. Na perspectiva aqui adotada, as crenças dos indivíduos em seus diferentes níveis, seus *habitus* e as regras dominantes no campo, bem como as decisões tomadas pregressamente e a estrutura de oportunidades, são fatores cruciais nas escolhas dos agentes e em suas ações.

A cientista política belga Chantal Mouffe (2005) chama a atenção para o fato de que os modelos teóricos de análise de grupos sociais em contextos de democracia têm fugido da dimensão do poder. Estes modelos deixam de lado um elemento fundamental na democracia, que é o papel das paixões e do conflito. Para a autora, não se trata de eliminar o poder da política, mas sim de “constituir formas de poder mais compatíveis com valores democráticos” (Mouffe, 2005, p. 19). Mouffe identifica como base da sociedade democrática a pluralidade de valores e os conflitos que nela ocorrem. Baseado nesta premissa, procuro enfatizar o papel das relações de poder e das

“paixões”² na política e nas políticas públicas num contexto democrático.

Esta pesquisa está situada no limite entre a sociologia e a ciência política, pois abrange tanto uma dimensão de relações sociais, *status* e legitimidade entre os agentes em um campo, como uma disputa entre grupos sociais para a implementação de determinadas políticas públicas. Para contemplar isso, a abordagem teórica basicamente trabalha em dois níveis. Em um primeiro nível, enfoca as relações de poder entre os agentes, utilizando principalmente a teoria do campo de Pierre Bourdieu (1998, 2000, 2001 e 2004). Serão trabalhados também os conceitos de capital e poder simbólico e suas implicações. O segundo nível de análise foca a dimensão da formação de alianças entre os agentes em um contexto de disputas na arena pública de debate na democracia, através da ferramenta de coalizão de defesa, de Paul Sabatier e Christopher Weible (2007). Complementarmente, alguns conceitos dos estudos de políticas públicas, como redes de políticas públicas (Silke e Kriesi, 2007), são utilizados visando explicar como os grupos conseguem executar seus objetivos políticos.

Neste trabalho, a noção de campo (Bourdieu, 2001) orienta as opções de pesquisa. A teoria do campo permite a análise de diferentes universos com as mesmas ferramentas teóricas, através de homologias entre as estruturas que os campos possuem. Mas é somente através da análise das condições específicas de um campo que é possível aprender o que sustenta um campo, as crenças envolvidas, os jogos de linguagem, as coisas materiais e simbólicas em jogo. O conceito de campo serve como um princípio para pensar o mundo social de modo relacional e não isolado do conjunto de relações. Assim, a construção do objeto de pesquisa passa pela escolha do conceito de campo.

No entanto, não emprego o conceito de campo isoladamente. Ele é aproximado do modelo de coalizão de defesa e de redes de políticas públicas, oriundos da corrente teórica chamada análise de políticas públicas. Compreendo a área da saúde mental como um campo relativamente autônomo, onde os diferentes agentes disputam e ocupam posições relativas, no qual existem distintas coalizões de defesa que se distinguem por seus valores, crenças, ideias e recursos, com a existência um órgão estadual específico, diferentes grupos de interesses envolvidos, uma comunidade de pesquisadores e uma comunidade política relativamente autônoma (Sabatier e Weible, 2007).

A combinação de elementos da teoria do campo e da análise de políticas públicas (principalmente o modelo de coalizão de defesa) aumenta o repertório de elementos a serem pesados na análise dos grupos sociais. A análise de Bourdieu prima pelo conflito. As alianças

² Entendidas aqui tanto como os impulsos não racionais e os conflitos entre os agentes quanto como os valores e as crenças que eles mobilizam.

ocorrem apenas estrategicamente na busca pela manutenção ou alteração das posições no campo. No campo da saúde mental, as disputas envolvem tanto interesses materiais, quanto crenças e valores, havendo uma ênfase nas polarizações ideológicas entre os agentes. A principal contribuição do modelo de coalizão de defesas é a constatação da tendência à formação de coalizões nas disputas políticas em políticas públicas fundadas em tais polarizações, alianças pouco salientadas na teoria de Bourdieu.

Os agentes que participam das coalizões em torno de uma política pública sustentam um grau de coesão variável, uma vez que apresentam discordâncias entre si em vários aspectos, níveis variados de engajamento, além de que muitos não dominam necessariamente as regras existentes no campo. Grande parte dos agentes é acionada através de redes de relações sociais mais ou menos informais, onde a comunicação não precisa ser regular. Para contemplar tal perspectiva, utilizo a ferramenta das redes de políticas públicas (Silke e Kriesi, 2007) de maneira a entender o comportamento coletivo não-organizado dentro das coalizões.

A análise de processos políticos centrada no Estado ou nos resultados das políticas públicas ocupa grande parte das análises do processo de sua formulação, ocasionando um *déficit* em algumas áreas quanto à análise da participação de atores não-estatais e dos processos sociais envolvidos (Santos, 2002). Na perspectiva da análise de políticas públicas aqui apresentada (contemplada pelo modelo de coalizão de defesa e pela noção de redes de políticas públicas) o Estado não é o agente mais relevante nos processos políticos. Consideramos que as políticas públicas são o resultado de uma complexa interação entre o Estado e organizações não-estatais, que atuam de maneira descentralizada, com crenças e valores entrecruzando-se com visões técnicas. Nesta relação há um intercâmbio mútuo, onde nem sempre todos os atores se beneficiam da mesma maneira por estas trocas (Santos, 2005).

Não pretendo, portanto, analisar os conteúdos das políticas públicas, mas utilizar as teorias desenvolvidas nesta área como uma ferramenta para entender o modo como uma política pública específica moldou em torno de si um conjunto de relações entre diferentes agentes em forma de coalizões.

Com base nestas teorias, levanto uma questão para responder. Como e por que as coalizões se mantêm unidas, apesar das disputas por posição, dos interesses e valores por vezes conflitantes e das distintas estratégias de ação utilizadas pelos agentes? O modelo de coalizão de defesa (Sabatier e Weible, 2007) é uma ferramenta particularmente interessante para a análise do caso da saúde mental. Tenho a hipótese de que as duas coalizões principais que se formaram em relação à saúde

mental não estão unidas apenas estrategicamente ou por interesses materiais. Não é apenas porque podem atuar complementarmente que os grupos se ligam. As coalizões estão fundadas em valores ligados a questões relacionadas com os debates sobre direitos humanos e sobre o estatuto científico da psiquiatria.

Na análise dos dados emprego estes diferentes recursos teóricos recorrendo a um certo ecletismo teórico visando interpretar os dados empíricos produzidos em campo. Conforme Bourdieu (2001), a divisão entre teoria e metodologia é uma oposição de um dado momento da divisão do trabalho científico, mas que se deve recusar como processos separados, pois não se pode reencontrar o concreto através de abstrações. É basicamente em função de uma construção teórica do objeto que as técnicas de pesquisa são escolhidas ou não. Após definido o objeto, cabe empregar as técnicas disponíveis que pareçam pertinentes (Bourdieu, 2001). Para tanto, utilizo diversas fontes neste trabalho, embora preferencialmente uma abordagem qualitativa em função do objeto e dos objetivos da pesquisa.

Para a pesquisa documental, foram utilizados os métodos de análise de conteúdo e análise de discurso (May, 2004) sobre o material coletado, a depender de seu tipo e conteúdo. Empreguei tanto a observação participante quanto a não-participante (Becker, 1997), conversando com os agentes e analisando suas práticas e seus discursos. Por fim, realizei entrevistas abertas com um questionário semi-estruturado, de modo a permitir que os agentes se sentissem livres para fazer as colocações que achassem necessárias, sempre dentro do escopo delimitado previamente.

A pesquisa empírica foi realizada entre março de 2010 (sem contar o período de criação do pré-projeto de pesquisa, iniciado em junho de 2009) e fevereiro de 2012, como parte do mestrado em Ciências Sociais do programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Primeiramente, fiz uma pesquisa bibliográfica em portais de acesso online. Para encontrar artigos, foram acessados o Portal de Periódicos da Capes³ e a coleção de artigos e revistas científicos SciELO⁴ (Scientific Electronic Library Online). Na SciELO, encontrei – em junho de 2010 – 1.065 artigos para o verbete “saúde mental”, sendo 168 especificamente da área das ciências humanas. Para o verbete “reforma psiquiátrica”, obtive como resultado 112 artigos, 43 das ciências humanas. No portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), foram 511 registros para “reforma psiquiátrica” e 1.112 para “saúde mental”, na área de conhecimento das ciências humanas. Destes, 156 foram selecionados para uma leitura mais

³ <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

⁴ <http://www.scielo.org>

profunda, tendo como base o título, o resumo e a área de conhecimento. A biblioteca central da PUCRS foi o local onde encontrei os livros, teses e dissertações que me auxiliaram a desenvolver a pesquisa bibliográfica. Acessei bancos de dados de teses e dissertações online, como o LUME – Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e as bibliotecas digitais da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), entre outras.

Recorri à pesquisa em artigos, livros e bancos de dados de teses e dissertações para encontrar a parte mais específica da literatura teórica sobre a teoria do campo e sobre políticas públicas. No entanto, a pesquisa nos bancos de dados foi menos ostensiva, sendo apenas complementar ao embasamento fornecido por meu orientador, Dr. Ricardo Mariano, e pela Prof.^a Dr.^a Soraya Maria Vargas Côrtes, na disciplina de *Políticas Públicas: Teorias, Práticas e Perspectivas*, ministrada junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS.

O trabalho também contemplou a observação de inúmeros eventos na área da saúde mental. Paulo Amarante (2000), um dos principais estudiosos da reforma psiquiátrica brasileira, ressalta a importância dos encontros de trabalhadores e profissionais na construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Estes foram os espaços onde foram debatidas, reivindicadas e propostas as mudanças na área da saúde mental, na tentativa de definir políticas públicas.

Observei eventos variados, das suas coalizões. Ainda em 2009, observei o *I Encontro Estadual das Associações de Usuários de Saúde Mental do RS* e o *VII Encontro Estadual de Saúde Mental*, ambos organizados pela Secretaria Estadual da Saúde. No dia 18 de maio de 2011 fui a um evento organizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Também em 2011, participei do *Seminário Estadual Crack, Não Condene Sua Vida*, organizado pelo Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (Sesi-RS), do *Painel Crack - Internação Compulsória Resolve?*, organizado pelo Instituto Crack Nem Pensar! e da *X Jornada Gaúcha de Psiquiatria*, organizada pela Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

Durante esses eventos, tive oportunidade de interagir com diferentes agentes em conversas informais. Os dados não obtidos pela observação direta e de outros eventos foram coletados em relatórios, publicações, reportagens e em menções sobre os eventos em blogs e sites. A pesquisa documental foi importante para analisar artigos, relatórios de encontros e outras publicações. Foram analisados, ainda, os materiais impressos distribuídos durante os eventos, bem como sua programação.

Analisei as atas do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (de janeiro de 2000 a outubro de 2011) e do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (desde 1992 até 2011), disponíveis nos sites dos respectivos conselhos. Em diversos jornais, blogs, sites e na literatura sobre o tema, encontrei relatos e documentos de encontros, reuniões e eventos, onde identifiquei as propostas apresentadas e defendidas publicamente pelos grupos oponentes, os principais temas de interesse e conflito. Em especial foram analisados os sites de jornais de grande circulação no Rio Grande do Sul (*Zero Hora* e *Correio do Povo*), das principais associações de profissionais da área da saúde (SIMERS e CRP) e do poder legislativo (Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul e Câmara dos Vereadores de Porto Alegre). Obtive material ainda de sites de jornais menores e de fora do estado, de partidos políticos, deputados e vereadores, blogs de militantes e páginas de instituições atuantes no campo da saúde mental.

A pesquisa se baseia em entrevistas com os representantes das entidades envolvidas na disputa e com outros atores selecionados através de indicação e a partir da observação em campo. Foram contatados mais de 40 (quarenta) agentes atuantes no campo da saúde mental do Rio Grande do Sul, por e-mail e telefone, sendo realizadas 17 (dezessete) entrevistas presenciais e 1 (uma) por e-mail. Cada uma durou cerca de 45 (quarenta e cinco) minutos e foram gravadas, 13 (treze) delas digitalmente e outras 4 (quatro) analogicamente. Em duas delas, gravadas analogicamente, problemas técnicos impediram a transcrição. Devido a isso, apenas 15 (quinze) foram transcritas, enquanto em 2 (duas) foram produzidos relatórios das conversas.

Entre os agentes entrevistados, estão psicólogos, médicos (psiquiatras e de outras especialidades), assistentes sociais, jornalistas, deputados, ex-deputados, militantes do campo da saúde mental – tanto da coalizão reformista quanto da contrarreformista – gestores e familiares de usuários. Os depoimentos oriundos das entrevistas presentes no texto serão seguidos de uma breve descrição de sua origem e autor, mas os entrevistados serão identificados por um nome fictício para preservar sua identidade, conforme combinado previamente com os entrevistados. Alguns nomes citados nas entrevistas também serão trocados de modo a evitar uma clara identificação. Apesar destes esforços, nem sempre será possível preservar a identidade das falas e das pessoas por se tratarem de “pessoas públicas”.

Durante as entrevistas, procurei obter o relato dos agentes da história e de alguns fatos da reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul, sua posição a respeito dela e dos outros agentes no campo, seus diferentes objetivos e interesses, os valores, crenças e conhecimentos técnicos e teóricos que fundamentam suas opiniões e como eles acionam as suas redes de relações sociais

quando desejam realizar alguma ação no campo da saúde mental.

Como fui estagiário do SIMERS entre 2008 e 2010, antes mesmo de iniciar a pesquisar questões relativas à reforma psiquiátrica, tive a oportunidade de acessar documentos do sindicato, as causas que defendiam, seu *modus operandi* e suas estratégias no dia-a-dia, que incitaram grande parte do debate sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, chamando a atenção para os agentes que estavam insatisfeitos com as mudanças nas políticas públicas na área da saúde mental. Isso também permitiu que eu criasse uma rede de relações sociais fundamental na obtenção de material empírico para a pesquisa no período posterior ao término do estágio (no início do mestrado), uma vez que diversos amigos permaneceram trabalhando lá e repassando informações sobre a atuação do Sindicato.

Com a análise deste material e por meio da observação de encontros dos Conselhos de Saúde e da participação em eventos de saúde mental, audiências públicas e debates no Legislativo Estadual e Municipal de Porto Alegre e noutros lugares – organizados por diversos grupos, entre os anos de 2009 e 2012⁵ –, procurei mapear as relações, os discursos e as disputas que os agentes mantêm entre si, com os outros grupos e com os gestores públicos. Este material foi a base para a análise das estratégias utilizadas pela coalizão contrarreformista na reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul.

No primeiro capítulo, apresento uma revisão histórica sobre a psiquiatria, de modo a situar o leitor no contexto em que a reforma psiquiátrica foi implementada e demonstrar as diferentes bases teóricas em que estão alicerçadas as coalizões no campo da saúde mental. Inicialmente exponho o surgimento da psiquiatria desde os seus primórdios até o nascimento como uma disciplina no século XIX. Em seguida, abordo o desenvolvimento da psiquiatria no século XX, salientando as correntes biológica e psicanalítica e a introdução dos medicamentos na psiquiatria, que formam os pilares da psiquiatria contemporânea e do discurso psiquiátrico (que alimenta a coalizão contrarreformista) encontrados em campo.

Na sequência, descrevo os primeiros movimentos de crítica à psiquiatria, tanto no plano teórico quanto no plano político. Abordo a antipsiquiatria – corrente que será a base ideológica para a reforma psiquiátrica no Brasil – em seus diversos tipos e o surgimento do movimento antipsiquiátrico no mundo. Destaco as principais contribuições de Michel Foucault e Erving Goffman sobre a loucura, a psiquiatria e as instituições psiquiátricas. Apresento sumária descrição

⁵ Em 2009 eu ainda não havia ingressado no mestrado, mas já analisava o campo da saúde mental no Rio Grande do Sul como parte de outra pesquisa, de trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciências Sociais na PUCRS (Souza, 2010). Parte do material aqui empregado foi produzida durante a realização do TCC.

dos movimentos de antipsiquiatria na Europa, principalmente na Inglaterra, na Itália e nos Estados Unidos, considerados os países pioneiros na área.

No segundo capítulo, assinalo os processos que tiveram influência decisiva na reforma psiquiátrica brasileira. Apresento sucinta história da psiquiatria no Brasil e abordo a reforma sanitária, a redemocratização e a luta por direitos humanos, processos que tiveram impacto decisivo na criação da lei da reforma psiquiátrica brasileira. Ao final do capítulo, apresento a evolução da rede de atenção à saúde mental atual no Brasil, criada a partir da reforma.

No terceiro capítulo, analiso a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Apresento as disputas em torno da psiquiatria, salientando a história do Hospital Psiquiátrico São Pedro, primeiro hospício e o centro das políticas de saúde mental do estado no século XX. Apresento as mudanças introduzidas na saúde mental estadual que resultaram na criação da lei da reforma psiquiátrica. Esquadrinho o campo da saúde mental no estado, com os principais agentes e tipos de capital, seus poderes e suas relações. Ao final, apresento as duas coalizões que se formaram, suas formas de atuação (incluindo aí a ação através das redes) e as crenças que estão por trás de seus discursos.

O quarto capítulo aprofunda o debate sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul focando as estratégias dos grupos e as resistências enfrentadas durante esse processo. Analiso primeiro o período anterior à lei da reforma psiquiátrica, com as resistências às mudanças ocorridas no Hospital São Pedro. O segundo ponto de análise é o processo de aprovação da lei da reforma psiquiátrica e os percalços que enfrentou. Em seguida, discorro sobre o período após a aprovação da lei, quando aparecem as dificuldades para a sua concretização em políticas públicas, devido uma série de resistências. Finalizo o capítulo, apontando o avanço da reforma psiquiátrica estadual, quando os reformistas conseguem superar as barreiras oferecidas e iniciar a transposição do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

No quinto capítulo, abordo o que chamo de “contrarreforma psiquiátrica”, a contra-ofensiva dos grupos que se sentiram prejudicados com as reformas ocorridas nas políticas públicas em saúde mental, na tentativa de reverter, ao menos em parte, a reforma psiquiátrica estadual. Nesta seção trato as estratégias e ações realizadas pelos contrarreformistas, buscando descrever e responder como eles conseguiram alterar a correlação de forças e colocar em xeque o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. Apresento as campanhas publicitárias realizadas e a emergência da questão da epidemia do crack no estado como um fator determinante para a reversão da reforma. Ao final, procuro evidenciar a consolidação do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, voltado especialmente para o atendimento da população usuária de drogas.

1. PSIQUIATRIA E ANTIPSIQUIATRIA

Durante muito tempo, a psiquiatria foi hegemônica quando se tratava de perturbações mentais. Desde pelo menos o século XVIII os doentes mentais estiveram sob controle médico. O próprio cuidado específico para esta população inicia quando a psiquiatria nasce como uma disciplina relativamente autônoma da medicina. Anteriormente, os loucos eram simplesmente jogados nos asilos ou nas prisões junto com os outros doentes incapacitados e excluídos da sociedade. Somente a partir da década de 1960, é que se forma um movimento mais intenso de contestação à psiquiatria, com a chamada antipsiquiatria. Ainda assim, a psiquiatria manteve-se dominante e com o discurso socialmente considerado como legítimo sobre a doença mental em muitos aspectos e lugares. O diagnóstico da doença mental, por exemplo, é monopólio da medicina no Brasil.

Neste capítulo, mostro rapidamente o surgimento e o desenvolvimento da psiquiatria e, em seguida, os movimentos de contestação à psiquiatria no plano teórico (com a antipsiquiatria) e no plano político (com os movimentos antipsiquiátricos ao redor do mundo).

1.1. Psiquiatria

1.1.1. Os primórdios da psiquiatria

O tratamento diferenciado dado àqueles considerados loucos existe desde as civilizações mais antigas. Na Mesopotâmia, no Egito, entre hebreus, persas e no Extremo Oriente existiam médicos-curandeiros que misturavam a observação e o conhecimento empírico com rituais de cunho religioso para curar ou tratar os enfermos. Nestes povos, o que chamamos hoje de psiquiatria se misturava com a medicina em geral. E é somente na Grécia Antiga que ocorre uma racionalização do tratamento dos doentes, separando as crenças e práticas religiosas dos fenômenos naturais, através de um método de causa-efeito (Alexander e Selesnick, 1980).

O reconhecimento da existência de processos psicológicos separados do mundo físico-orgânico foi efetuado por Aristóteles e Platão. As maiores contribuições desse período para a psiquiatria, no entanto, foram dadas pelos romanos Sorano e Cícero. Cícero estabeleceu uma relação entre os problemas psíquicos e suas manifestações corporais. Sorano teve papel importante na humanização dos doentes mentais em sua época, recusando-se a tratá-los com a brutalidade

(Alexander e Selesnick, 1980). Foi na antiguidade que surgiram as distinções entre o racional e o irracional, a noção de uma vida mental interna separada do mundo orgânico e a ideia de que existiam conflitos psíquicos que poderiam ser classificados, organizados e estudados. Também é neste período que os transtornos mentais passam a ser incorporados pela medicina como doenças (Porter, 2002) Muitos dos termos ainda hoje usados na psiquiatria foram desenvolvidos nesta época, como mania, delírio, libido, melancolia, emoção, histeria, paixão, paranóia e hipocondria (Simon, 2008).

Com o fim do Império Romano o trabalho destes autores caiu no esquecimento. O racionalismo aplicado à medicina foi interrompido por cerca de mil anos durante a Idade Média e retomado somente no Renascimento. O tratamento existente no período medieval era dominado pela Igreja Católica, que via a doença mental como uma questão de fé. As doenças, sejam elas do corpo ou da alma, eram atribuídas à violações de tabus, descumprimento de rituais religiosos, possessões de espíritos e bruxarias. Baseado nos escritos bíblicos, o tratamento para a doença mental era sinônimo de exorcismo e os distúrbios atribuídos à presença de espíritos. Alguns doentes mentais eram considerados feiticeiros, tornando-se vítimas de perseguição (Alexander e Selesnick, 1980). Diagnósticos como melancolia e mania continuaram a existir, mas as causas deles eram atribuídos a fatores espirituais (Porter, 2002).

1.1.2. As condições para o surgimento da moderna psiquiatria

Na Idade Média, a loucura fora colocada ao lado dos vícios. Era considerada uma coisa misteriosa, mas que ainda fazia parte da humanidade. Na Renascença⁶ a loucura passou a ocupar o lugar junto às fraquezas humanas. Ela era uma forma irônica de razão, que destacava o absurdo do mundo. Por fim, na Modernidade a loucura passou a representar a contraposição ao bem mais precioso do homem e seu aspecto distintivo: a razão. A loucura aos poucos é separada da humanidade e tida como uma animalidade ou bestialidade que precisa ser controlada (Downing, 2008).

Em *A História da Loucura* (2004), Foucault analisa a percepção social da loucura – que culmina na fundação da moderna psiquiatria. Antes da loucura ser controlada pela sociedade e pela psiquiatria mediante a internação, os loucos tinham existência errante, alguns eram escorraçados das cidades, colocados em embarcações sem rumo e outros confinados. Não havia nenhum tratamento médico para a loucura, nem a noção de doença mental. Os loucos eram tratados de modo ambíguo,

⁶ Periodização criada por Foucault, que divide os últimos séculos em três partes: Renascença (século XVI), Idade ou Era Clássica (séculos XVII e XVIII) e Modernidade (séculos XIV e XX) (Downing, 2008).

tanto eram vistos como ameaça e como objeto de zombaria. A “Nau da Loucura” será, no imaginário da Renascença, o espaço do louco na sociedade: um grupo de homens fora da sociedade. Não apenas marginais, mas peregrinos na procura de sua própria razão e da razão do mundo (Foucault, 2004).

Dois séculos mais tarde, após a regressão de um surto de lepra na Europa, os pobres, os vagabundos, os presidiários e as “cabeças alienadas” ocuparam o espaço de confinamento e o papel de exclusão deixados pelos leprosos na sociedade. O leproso, assim como o louco, representava a própria presença da morte. Segundo Foucault (2004), a experiência da loucura será uma continuação da lepra em seu ritual de exclusão.

A partir da metade do século XVII, com a intervenção de médicos interessados em tratar a loucura como Pinel na França, Tuke na Inglaterra e Wagnitz na Alemanha, ocorre uma racionalização na noção de loucura. Retomam-se as primeiras classificações da loucura da Grécia Antiga, como mania, melancolia, histeria e hipocondria. Há uma tentativa de abandono da visão religiosa e mística da loucura como a “confrontação do cosmos” para uma perspectiva racional, de um paciente que necessita de internamento para ser tratado pela ciência médica. Mas até o final do século XVIII havia ainda um corpo técnico de feiticeiros, magos, bruxas e curandeiros dotados de saberes empíricos, receitas, números e símbolos, que nem os médicos nem a medicina controlavam. Para Foucault (2004), era mais difícil acabar com estes procedimentos do que com os próprios médicos. Assim, o internamento assume um papel chave na constituição do poder do médico sobre o paciente, fazendo do tratamento da doença mental uma exclusividade da medicina e da psiquiatria.

O marco do início da política de internação na Europa é a criação do Hospital Geral de Paris em 1656, um abrigo para pobres e inválidos, curáveis ou incuráveis. Neste estabelecimento havia apenas um médico atendendo a um número enorme de internos duas vezes por semana. Coordenado por diretores nomeados pelo Rei, o Hospital era uma estrutura semi-jurídica, uma entidade que tinha autonomia para decidir, julgar e executar o futuro das pessoas por meio do internamento (Foucault, 2004).

Até o fim do século XVIII, a psiquiatria internará diversos tipos de excluídos, entre os quais devassos, libertinos, loucos, etc., nos mesmos locais e sob os mesmos regimes disciplinares. O internamento não era um primeiro esforço na direção de uma hospitalização da loucura, mas antes constituía uma reprodução do destino dos outros correcionais da sociedade. Os loucos eram condenados a passar uma temporada nos hospitais e não a ser entregues aos cuidados dele. Isso não

significava um tratamento médico, mas antes seguir o regime de correção obedecendo à determinadas regras. Os hospitais também serviam para acomodar os interesses econômicos, funcionando como casas de trabalho de baixo custo nos tempos de crises e quando não havia suficiente mão-de-obra disponível (Foucault, 2004).

Quando, na segunda metade do séc. XVIII, se abrem as casas de saúde para abrigar os alienados, os cuidados eram administrados por vigilantes sem nenhuma especialidade e, na maioria dos casos, sem acompanhamento médico. Somente aos poucos a instituição hospitalar deixa de ser um espaço dominado por religiosos e pessoas dedicadas à caridade para se tornar uma instituição profissionalizada com um caráter terapêutico de tratamento. Algum tempo depois a loucura passa a ser oficialmente um domínio médico na Inglaterra, na França e na Alemanha, ainda que limitado a esses países e que os métodos empíricos continuassem prevalecendo por muito tempo (Foucault, 2004).

A teoria médica ganha vida com a noção de cura, substituindo o antigo conceito de panaceia, a "cura para todos os males". A noção de cura moderna estabelece uma relação causal para explicar determinada doença, que logo se colocará sob o domínio clínico. Assim, é instituída a relação médico-paciente, desdobrada no confronto entre teoria e prática e entre saber e sofrimento. Ao fim do século XVIII há uma ruptura no regime do discurso e do saber médicos. Muda, também, todo um conjunto de práticas que servem de suporte à medicina (Foucault, 2004).

Foi justamente para as doenças nervosas que mais surgiram tratamentos médicos no século XVIII. Entretanto, somente a partir do surgimento da psicologia, no século XIX, é que se assinala a diferença entre tratamentos físicos e psicológicos. Até então, eles eram considerados um só, ainda que existissem elementos de uma concepção de psicologia existentes na prática e no saber médico. Anteriormente, o significado de medicina e medicação era completamente diferente dos significados atuais. Faziam-se tratamentos com base no medo ou na imersão em água para a cura dos pacientes. A psicologia propriamente dita só surge com o isolamento da loucura dos aspectos orgânicos, estando definida em outro plano, o psicológico (Foucault, 2004).

O confinamento promoveu um processo de desumanização do louco. A loucura era tratada como um traço da animalidade do homem, ao invés de um estado específico. As condições de vida nesses hospitais eram precárias. Os loucos eram cobertos com trapos, mal alimentados, viviam sem ar puro para respirar, sem água limpa para beber e estavam entregues à brutal vigilância de carcereiros. É isso que médicos como Pinel e Esquirol vão encontrar e denunciar no final do século XVIII (Foucault, 2004).

1.1.3. O início da psiquiatria moderna

O nascimento da psiquiatria moderna costuma ser relacionado com a instauração de um novo tipo de acolhimento asilar no final do século XVIII, que passa da custódia ao internamento dos internos com fins terapêuticos. Os loucos passam a ser vistos como doentes mentais e surgem médicos especialistas para tratar as doenças mentais. Isto implicava algum conhecimento sobre a natureza das doenças psiquiátricas e algum senso do uso benéfico destes ambientes. Estas instituições terapêuticas foram primeiro esboçadas por William Battie em Londres por volta dos anos de 1760, depois por Vincenzo Chiarugi em Florença na década de 1780 e finalmente por Philippe Pinel em Paris, ao final do século XVII (Shorter, 2005).

É também no final do século XVIII que a psiquiatria nasce como uma disciplina, sendo exercida pelos “médicos de loucos” (Gach, 2008, p.18) que, inicialmente, eram médicos generalistas com algum interesse nas doenças mentais. O francês Philippe Pinel é considerado o pai da psiquiatria moderna, sucedido por Jean-Étienne Esquirol. À Pinel é atribuído o gesto de retirar as correntes e iniciar um tratamento mais humanitário e com base científica dos internos durante a Revolução Francesa, tipo de tratamento que passa a ser adotado em outros lugares. Assim, em 1796, William Tuke fundou um retiro na Inglaterra, onde os pacientes viviam sem algemas, ainda que sob estrita supervisão. Na Suíça, o Dr. Abraham Joly teria abolido o uso de correntes e outros meios de coerção no hospital da cidade (Shorter, 2005).

A história da psiquiatria moderna é dividida em três períodos. O primeiro é o período de maior asilamento, abrangendo de 1770 a 1870, em que as concepções biológicas do adoecimento mental predominaram. Este período também é conhecido como o da primeira psiquiatria biológica. O segundo período vai de 1870 a 1970, em que a corrente dominante foi o da psicoterapia, com destaque para o método psicanalítico de Freud. O terceiro período iniciou na década de 1970 e predomina até os dias de hoje. Ele é fortemente influenciado pela descoberta de psicofármacos e pelas novas descobertas nas áreas da biologia e da neurologia. As explicações biológicas reassumem o predomínio na psiquiatria (Shorter, 2005).

Dois perspectivas sobre as causas do adoecimento mental disputam entre si. Dominante no século XIX, a perspectiva biológica explica as doenças mentais através de lesões cerebrais e centra suas intervenções no sistema nervoso central. Esta perspectiva teve como primeiras grandes figuras os psiquiatras Wilhelm Griesinger e Emil Kraepelin. A perspectiva mentalista se sobressai no início do século XX e, ao contrário da perspectiva biológica, prioriza a experiência psicológica subjetiva e a busca de intervenções através da psicoterapia. Nesta corrente, os estudos da psicanálise de

Sigmund Freud se destacaram. A partir de 1950 ocorre a “revolução psicofarmacológica”, permitindo que a psiquiatria biológica ganhe força com o relativo sucesso dos medicamentos e das explicações neuroquímicas para os transtornos mentais (Graeff, 2006).

1.1.4. A primeira psiquiatria biológica

Philippe Pinel tratava seus pacientes seguindo o método da observação clínica no hospital e realizando autópsias nos corpos dos pacientes mortos. Ao mesmo tempo ele executava o que se chama de “tratamento moral”. O asilo passa a ser considerado o local ideal para o tratamento, onde aplica-se a reclusão e a disciplina, separando a doença psiquiátrica de outras enfermidade e delimitando-a (Porter, 2002). Este modelo de tratamento biologicamente orientado foi adotado na primeira metade do século XIX pela Escola de Medicina de Paris, a mais avançada na psiquiatria na época. A demonstração das patologias orgânicas por trás das psicoses era considerado o “santo graal da psiquiatria” (Gach, 2008, p. 381).

Entretanto, não é na França que vai surgir o principal representante da primeira fase da psiquiatria biológica e sim na Alemanha. Até meados do século XIX a psiquiatria alemã vivia sua fase “romântica”, dividida em duas correntes principais. A somática considerava que os transtornos psiquiátricos seriam expressões diretas de alterações orgânicas. Karl Jacobi (1775-1858) era o nome mais importante dessa tendência. A escola psiquista via nas paixões e nos excessos emocionais o fundamento das perturbações anímicas, destacando o papel decisivo dos fatores psicológicos na origem dos transtornos psicopatológico. Os principais representantes desse grupo eram Johann-Christian Reil (1759-1813), Johann-Christian Heinroth (1773-1843) e Karl Ideler (1795-1860) (Pereira, 2007).

É sob esse pano de fundo que viria a se instalar a decisiva reviravolta clínica e teórica introduzida por Wilhelm Griesinger, psiquiatra alemão que estudou em Paris. Seu famoso livro *Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais*, publicado em 1845, é considerado o “primeiro verdadeiro tratado de psiquiatria” (Bercherie, 1991, p. 48), já que os clássicos de Pinel possuíam estilo literário e filosófico. Griesinger defendia que as doenças mentais eram provocadas por alterações no cérebro, órgão responsável pelo aparecimento da loucura. Assim, ele foi o principal representante da primeira fase da psiquiatria biológica, a escola de pensamento que estabelecia relações entre alterações no cérebro e os respectivos estados mentais.

No século XIX o tratamento asilar para loucos se tornou mais comum, crescendo em quantidade e em número de pessoas internadas. Também aumentaram o número de clínicas

particulares, sanatórios e centros residenciais de tratamento. Até 1870 a psiquiatria se restringia basicamente ao confinamento das pessoas nestas instituições, com os pobres nos asilos e os mais ricos em clínicas particulares (Shorter, 2005). Esta situação vai se alterar um pouco a partir da década de 1860, quando Griesinger é nomeado diretor da clínica psiquiátrica do Hospital Burghölzli, de Zurique (Suíça) e professor de psiquiatria em Berlim (Alemanha). Ele estabelece a psiquiatria como uma disciplina médica e cria o modelo dos modernos departamentos universitários de psiquiatria, que se dedicam ao ensino e à pesquisa, com uma relação estreita entre a psiquiatria e a neurologia (Pereira, 2007). Sob a influência de Griesinger a psiquiatria alemã e austro-húngara tornou-se o paradigma dominante em sua época na explicação das doenças mentais (Gach, 2008).

A perspectiva biológica na psiquiatria ganhou força com as descobertas adotadas pela medicina para explicar diversas patologias durante meados do século XIX. Primeiramente houve o desenvolvimento da teoria da conservação de energia, que proclamava que todos os processos orgânicos e de consciência eram explicáveis através de fenômenos físicos e químicos. Com a descoberta da existência de células, surgiu a teoria em que as causas das doenças seriam oriundas de alterações microscópicas nas estruturas celulares. A adoção da teoria da evolução na ciência, com a publicação de *Princípios da Psicologia* por Herbert Spencer em 1855 e *A Origem das Espécies* de Charles Darwin em 1859, forneceu a base teórica e metodológica para o experimentalismo da nascente neurofisiologia. Posteriormente a psiquiatria sofreu influência dos estudos de Mendel sobre genética e hereditariedade (Gach, 2008).

Nesta época surgiram teorias como a da degeneração – segundo a qual um processo hereditário de acúmulo ao longo das gerações levaria à doença mental – e a concepção de que a homofobia, a histeria e a imbecilidade eram hereditárias. As terapias dessa época também remontam a ideia da origem orgânica do adoecimento mental. Era comum o uso de técnicas como os banhos em água, o sangramento e o uso de drogas, muitas delas consideradas ilegais hoje em dia. O ópio era utilizado para tratar a mania e a melancolia e o brometo de potássio para a histeria e a epilepsia (Gach, 2008). As especialidades médicas na psiquiatria costumavam ser a hidroterapia, a eletroterapia e as terapias físicas (Shorter, 2005).

A drogadição também é considerada uma doença psiquiátrica de longa data. O alcoolismo foi designado como uma doença mental em 1804, desde então sendo tratado pela psiquiatria (Goch, 2008). Substâncias ilegais como a morfina e a cocaína vêm sendo estudadas desde meados do século XIX como problemas de saúde pública. Aos poucos a drogadição foi incorporada à psiquiatria, onde grande parte do debate avaliando se o uso de álcool e outras drogas seria causado

por uma patologia já existente – devido a fatores hereditários – ou se seria a causa dos transtornos psiquiátricos (Santos e Verani, 2011).

A revolução científica na psiquiatria ocorreu conjuntamente na área de diagnósticos clínicos e de nosologia (a teoria por trás do agrupamento de diagnósticos). Durante o período da primeira psiquiatria biológica, no século XIX, havia uma infinidade de sistemas de diagnóstico, onde cada qual propunha diferentes sistemas de classificação. Em 1893, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin contribuiu substancialmente para a expansão da psiquiatria ao sugerir um sistema que varreu a maioria dos outros e tornou-se por décadas a sistema internacional dominante. Kraepelin agrupou os diagnósticos diferentes em algumas categorias, como a *Dementia praecox* (que em 1908 o psiquiatra Eugen Bleuler renomeou de esquizofrenia). Kraepelin também uniu muitos diagnósticos diferentes para transtornos de humor na categoria "doença maníaco-depressiva" (Shorter, 2005).

É somente ao final do século XIX que a psiquiatria vai admitir a existência de psicopatologias, depois das frustradas tentativas de estabelecer relações entre algumas doenças e alterações cerebrais. Isso permite com que a psiquiatria dê uma guinada rumo à psiquiatria fenomenológica e à psicopatologia (Gach, 2008).

1.1.5. O surgimento da psicanálise

No último quarto do século XIX, a psiquiatria das clínicas privadas adquiriu crescente compreensão psicológica. Os primeiros sistemas de psicoterapia foram trazidos pelo neurologista americano Silas Weir Mitchell, que descreveu a “cura pelo descanso”, e pelo psiquiatra suíço Paul Dubois, que antecipou o conhecido método da terapia cognitivo-comportamental, que ele chamou de “psicoterapia racional”. Entretanto, a principal ferramenta da psiquiatria não-asilar foi criada na Viena do início do século XX por Sigmund Freud. Focada no método de escuta do paciente para tratá-lo, a psicanálise de Freud modificou radicalmente o tratamento psiquiátrico (Shorter, 2005).

A psicanálise ganhou destaque após a Primeira Guerra Mundial, ao fornecer melhores explicações a respeito dos problemas mentais em soldados que voltavam de combate. Seus sintomas, antes relacionados às perturbações orgânicas no cérebro ou à hereditariedade, passaram a ser explicados a partir das noções de estresse e de traumas ocasionados pelas batalhas. Além disso, o grande número de soldados com problemas psicológicos tornou praticamente inviável enviá-los todos para hospitais psiquiátricos. Isso incitou as primeiras preocupações dos Estados Unidos com o tratamento psiquiátrico hospitalar, mas sem assumir a ênfase antipsiquiátrica da década de 1960 (Scull, 2005).

A psicanálise ganhou espaço com o refúgio de figuras reconhecidas da psicanálise alemã, se refugiaram fugindo do regime nazista em cidades como Nova York, Washington, DC, e Los Angeles, além da Inglaterra, que asilou Freud. Assim, as ideias psicanalíticas ganharam força e formaram as bases dos programas de psiquiatria mais importantes do mundo, em especial a norte-americana (Shorter, 2005).

Inicialmente considerava-se que a psicanálise se aplicava apenas aos pacientes neuróticos. Nos anos 1920 ela passou a se estender às neuroses de guerra (através de Sandor Ferenczi) à demência precoce (por Karl Abraham e Carl Gustav Jung) e à psicanálise infantil (com Anna Freud e Melanie Klein). Já na década de 50, Winnicott aplicará a psicanálise aos distúrbios antissociais e à delinquência juvenil, enquanto Lacan desenvolverá uma teoria abrangendo a clínica das psicoses e das perversões (Lyra, 2005). Assim, a psicoterapia e os modelos baseados na teoria de Freud foram as maiores referências para a psiquiatria neste período, dominando o tratamento das doenças mentais nas clínicas privadas e perdendo força somente ao final da década de 1970 (Shorter, 2005).

Atualmente, na virada do novo milênio, a psicanálise praticamente desapareceu da psiquiatria, principalmente dos Estados Unidos, sendo incorporada ao domínio da psicologia. Mas ela permanece forte na Europa, em especial na França e na Alemanha (Shorter, 2005). Recente declaração do tesoureiro da Academia Americana de Psiquiatria (NIMH) afirma que os anos 1990 foram “a década do cérebro” (Scull, 2005). Há, ainda, o recente método neuropsicanalítico, derivado do método neuropsicológico de Alexander Luria, mas que tem sido desenvolvido por cientistas de países considerados “marginalizados”, através de nomes como o do sul-africano Mark Solms e do indiano Vilayanur Subramanian Ramachandran. Estes autores procuram interligar os fatores psicológicos e neurológicos, mas partindo do pressuposto que a neurologia pode fornecer os fundamentos empíricos mais sólidos para a psicanálise (Lyra, 2005).

1.1.6. Alguns tipos de tratamentos surgidos no século XX

Durante o período de efervescência da psicanálise a visão da psiquiatria biológica continuou se desenvolvendo paralelamente. Surgiram assim alguns tipos de tratamento de destaque na psiquiatria. Uma importante terapia surgida no século XX foi a malarioterapia, usada em portadores de neurosífilis, doença considerada a principal causa de internação psiquiátrica do início do século XX até os anos 1940 (Gastal, 1999).

O tratamento mais controverso existente ainda hoje na psiquiatria também se desenvolveu nesta época, a eletroconvulsoterapia, também conhecida como terapia do eletrochoque ou ECT.

Para muitos psiquiatras, a controvérsia em torno deste tratamento não se refere à sua eficácia ou segurança, mas é de natureza ideológica, elaborada pelo movimento antipsiquiátrico, devido a sua associação com a tortura e a punição (Rigonatti, 2004).

A ideia de tratar os problemas de saúde através de choques não é nova. Desde o ano 47 d.C. Scribonius Largus utilizou a eletroterapia não-convulsiva através de uma enguia elétrica para tratar as dores de cabeça de um imperador romano. Para o tratamento da doença mental, ela foi utilizada de maneira esporádica durante os séculos XVIII e XIX, ressurgindo na neurologia no final do século XIX, mas sem muito sucesso. Na década de 1920, a terapia de choque foi redescoberta pela psiquiatria, mas a primeira aplicação bem-sucedida de convulsões provocadas por corrente elétrica em um paciente esquizofrênico foi realizada em 1938 por Ugo Carletti e Luigi Bini (Rigonatti, 2004). Seu objetivo é produzir uma crise convulsiva, indicada para pacientes portadores de depressão aguda com risco de suicídio, ou mesmo para quadros de mania, esquizofrenia e psicoses (Neto et al, 1995)

A primeira lobotomia (intervenção cirúrgica no cérebro para cortar as ligações de um lobo cerebral) foi realizada em 1935 pelo neurologista português Egas-Muniz, que a utilizou em pacientes que não respondiam às medidas terapêuticas tradicionais. Este procedimento foi praticamente abandonado com o surgimento dos psicofármacos e, posteriormente, pela evolução de intervenções cirúrgicas mais acuradas no cérebro (Rigonatti, 2004).

Até a invenção destes métodos de tratamento no século XX, os hospitais psiquiátricos eram instituições que tinham por função principal a manutenção da custódia do paciente. Estimativas de 1952 afirmam que cerca de 2/3 dos esquizofrênicos passavam a maior parte da suas vidas em instituições asilares. O principal responsável pela redução das hospitalizações foi a descoberta dos neurolépticos (os medicamento antipsicóticos), na chamada revolução psicofarmacológica, que possibilitou o surgimento dos tratamentos psicossociais e de reinserção dos pacientes na sociedade (Del Porto, 1995).

1.1.7. A revolução psicofarmacológica

A revolução farmacológica não influenciou somente a redução das hospitalizações psiquiátricas. Ela contribuiu com o declínio da psicoterapia freudiana no final dos anos 70. Nos últimos 40 anos temos vivenciado a morte virtual do paradigma psicanalítico na psiquiatria em substituição a um modelo que entende a doença mental como algo que ocorre devido às alterações morfológicas do cérebro, permitindo que o tratamento seja dominado pela psicofarmacologia

(Shorter, 2005).

A indústria farmacêutica, no entanto, surgiu ainda no século XIX. O hidrato de cloral foi o primeiro produto da indústria química a encontrar aplicação na psiquiatria, sendo usado desde pelo menos 1869. A indústria farmacêutica aplicada à psiquiatria se desenvolveu a partir deste período principalmente na Europa Central, ao longo do Vale do Rio Reno, passando pela Suíça, Alemanha e Holanda, escoando sua produção principalmente para abastecer a classe média americana (Shorter, 2005).

Apesar de sua longa existência, os medicamentos usados na psiquiatria até a década de 1950 apresentavam severos efeitos colaterais, como a perda de controle dos movimentos e a de memória. Eram basicamente medicamentos que acalmavam os pacientes. Esta situação começou a mudar com a descoberta dos antipsicóticos e antineuróticos, medicamentos inibidores de grande excitação ou agitação, que paralelamente atenuam distúrbios neuropsíquicos, como delírios e alucinações, porém sem prejudicar as funções cognitivas (Neto et al., 1995). Neste período, surgiu o grupo de drogas de maior sucesso na história: a classe dos benzodiazepínicos de medicamentos ansiolíticos, dos quais o Valium e o Prozac fazem parte (Shorter, 2005).

Outra descoberta importante ocorreu no início dos anos 60, com o aparecimento de medicamentos eficazes para combater a depressão em pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Embora os pacientes com ansiedade e depressão tenham sido tratados com medicamentos desde os anos 40 com relativo sucesso, a melancolia hospitalar permaneceu uma condição para a qual não havia tratamento psicofarmacológico. Estes pacientes eram tratados apenas com a eletroterapia e isso apenas a partir de 1938. A descoberta da eficácia dos antidepressivos "tricíclicos" abriu toda a área de transtornos de humor à farmacoterapia. Enquanto o ECT tinha um prognóstico de resposta terapêutica de cerca de apenas 30%, avalia-se que esses novos medicamentos permitiram alcançar mais de 60% de melhora, aumentando significativamente as chances de pacientes com esquizofrenia se ressocializarem e deixarem os manicômios. Os tricíclicos somente deram lugar a outras classes de antidepressivos na década de 1980 e 1990, com os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (chamados SSRI's) como a Fluoxetina (Shorter, 2005).

Com a chegada de medicações mais eficazes, a disciplina psiquiátrica tornou-se cada vez mais orientada para a prescrição de produtos farmacêuticos em detrimento da psicoterapia, que passa aos poucos ao domínio da psicologia. A fabricação e a promoção de medicamentos tornaram-se grandes negócios para a psiquiatria, uma indústria que movimenta grandes investimentos e cujas

vendas garantem um retorno lucrativo para os laboratórios. Assim, os psiquiatras se converteram em objeto de atenção da indústria farmacêutica, a grande financiadora de suas reuniões e seus encontros, em especial nos Estados Unidos. O grande envolvimento da psiquiatria com a indústria teve um lado positivo, ao resultar em maior investimento no desenvolvimento de novas drogas com melhores efeitos terapêuticos e menos efeitos colaterais. Por outro lado, porém, reorientou o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos, favorecendo a prescrição de drogas e as empresas que os fabricam e os patrocinam. Deste modo, a psiquiatria do novo milênio se tornou uma disciplina muito interligada com o setor corporativo (Shorter, 2005).

1.1.8. A segunda psiquiatria biológica

O sucesso destas estratégias químicas para tratar a depressão e as psicoses gerou novos debates sobre a gênese das doenças psiquiátricas. Afinal, elas são originárias de um distúrbio psicogênico da mente, decorrentes de conflitos inconscientes de natureza sexual? Ou sua origem é uma desordem neurogênica do cérebro decorrente de desequilíbrios químicos? Com isso, as principais explicações da psiquiatria, presa por anos nas explicações psicológicas da psicanálise, começaram a girar lentamente em direção às teorias cérebro-biológicas, trilhando um caminho traçado pelo desenvolvimento da psicofarmacologia. Impulsionada pelo manuseio cada vez mais sofisticado de neurotransmissores, a psiquiatria biológica, esquecida desde o século XIX, ganhou novamente destaque a partir dos anos 1950 (Shorter, 2005).

Além dos psicofármacos (também chamados de neuropsicofármacos), teve grande influência no desenvolvimento da segunda psiquiatria biológica a descoberta de instrumentos mais efetivos de medição da atividade cerebral através de eletrodos, como o eletroencefalograma, inventado em 1929 pelo psiquiatra alemão Hans Berger e desenvolvido nos anos 1950 para análise do córtex e do núcleo cerebral. Também na década de 1950, muitos estudos do genoma humano foram realizados tentando estabelecer taxas de distúrbios psiquiátricos entre membros de famílias em diversas gerações. De 1940 até 1975, os estudos na citogenia e na biologia molecular avançaram muito, tornando possível a análise de cromossomos tanto química quanto morfológicamente. As anomalias cromossômicas logo foram associadas às doenças neurológicas e às deficiências mentais. No início dos anos 1970, surgem também as técnicas não-invasivas para obter imagens capazes de detectar alterações morfológicas no cérebro, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Mais recentemente a capacidade de identificar a sequência genética do DNA tem sido o grande trunfo do modelo biologicista em psiquiatria (Goch, 2008).

Durante a ascensão da psicanálise no início do século XX, a classificação nosológica de Kraepelin ficou parcialmente colocada de lado, uma vez que a psicanálise evitava este tipo de medição e classificação das doenças, sendo mais subjetiva em seus diagnósticos. Ao final dos anos 1970 há uma retomada dos conceitos de Kraepelin, com a adoção de um sistema nosológico similar pela Associação Americana de Psiquiatria na elaboração de um manual de diagnósticos conhecido como DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*). Este vai ser um dos marcos da segunda psiquiatria biológica (Shorter, 2005).

A segunda psiquiatria biológica assume o posto de corrente dominante no lugar da psicanalítica. Baseia-se na ideia de que as doenças psiquiátricas são resultantes de desordens ou microdesordens químicas, físicas e biológicas no cérebro. A química cerebral é um dos principais recursos utilizados, principalmente através do uso de medicação. As mais convincentes evidências da origem neurológica das doenças mentais vêm dos estudos sobre a genética (Shorter, 1997). Haveria espaço ainda para a psicoterapia, mas de forma muito mais informal, sem recorrer ao *script* tradicional da psicoterapia. Ainda que aceitem que haja influência de fatores de ordem psicológica, cultural e social, o *mainstream* da psiquiatria acredita que “uma abordagem de pesquisa que descreve achados neurobiológicos confiáveis baseados na síndrome psicopatológica seria mais consistente do que um sistema não-etiológico de classificação” (Jurueña et al., 2007, p. 1).

Os avanços dessa segunda psiquiatria biológica têm causado uma certa confusão sobre suas fronteiras com a neurologia, com a primeira sendo considerada por muitos como mera extensão da segunda. Para Shorter (2005), os elementos cerebrais não são suficientes para explicar as experiências conscientes, que são a base da vida mental. A grande diferença reside no fato de que a neurologia está preocupada com os fenômenos do cérebro como um organismo biológico, enquanto a psiquiatria está mais interessada nos fatos que ocorrem na mente.

1.2. Antipsiquiatria

1.2.1. As bases teóricas da antipsiquiatria

Por trabalhar com a questão do sofrimento mental, uma questão central na psiquiatria é que ela envolve o jogo de significados da realidade humana. A psiquiatria é permeada de diferentes discursos, vindos da genética, da neurologia, da sociologia, da antropologia, da psicologia, da filosofia, entre outros. Cada uma destas áreas produz ferramentas, conceitos e exemplos que procuram esclarecer a natureza da doença mental. Estas disciplinas trabalham com diferentes pressupostos metodológicos, valores e prioridades e com concepções de mundo e de ser humano

distintos. Como resultado, a psiquiatria se converteu um campo de disputas e conflitos (Bracken e Thomas, 2010). Autor de diversos livros sobre a história da psiquiatria, Edward Shorter diz que a doença mental pode ser explicada de duas maneiras: como produto biológico do córtex cerebral ou como a parte psicossocial da vida dos pacientes. Entretanto, “ambas não podem ser verdade ao mesmo tempo” (1997, p. 26).

Desde seu surgimento como uma disciplina, a estrutura teórica e a prática clínica da psiquiatria são criticadas. No século XX, as críticas tornam-se mais contumazes, principalmente quando ganha apoio de importantes psiquiatras ao redor do mundo. Desde os anos 1960, discute-se mais intensamente as questões relacionadas à doença mental (Berlim et al, 2003). Este debate teve origem com autores como Schneider (1950), Eysenck (1960), Laing (1967), Scheff (1970), Cooper (1971) e Thomas Szasz (1961), que criticavam o estatuto científico e político da psiquiatria e da doença mental.

Em 1967, o psiquiatra David Cooper propôs o termo antipsiquiatria, para caracterizar este conjunto de práticas e críticas, que colocavam em cheque os pressupostos da psiquiatria (Correa, 2008). Apesar de suas divergências, estes autores tinham em comum uma causa: o combate a psiquiatria tradicional. Em geral, afirmavam que as causas das doenças mentais poderiam decorrer de uma série de fatores, como o comportamento apreendido, as estratégias para lidar com um sofrimento insuportável, uma resposta a um choque e outros inúmeros problemas. Criticavam também a medicalização da loucura como um silencioso mecanismo para controlá-la.

O psiquiatra Thomas Szasz (1961), um dos nomes mais proeminentes da antipsiquiatria, afirma que a doença mental não existe, é um mito. O que é diagnosticado comumente como doença mental é nada mais do que o modo não convencional de como a pessoa lida com os problemas que enfrenta em sua vida, em contraposição ao modo como supostamente deveria viver. Costuma-se caracterizar como louco aquele que transgride as normas éticas, políticas ou sociais (Correa, 2008).

O psiquiatra sul-africano David Cooper (1971) destacou o papel da família e da sociedade na estigmatização dos doentes mentais (em especial os esquizofrênicos) e a violência no tratamento que se dá a estes indivíduos. O hospital psiquiátrico seria o cume, o auge deste sistema, local onde se repetem a exclusão exercida em outras esferas da sociedade. Já o psiquiatra britânico Ronald D. Laing (1967), os distúrbios mentais seriam uma resposta adaptativa dos indivíduos em um mundo louco. Outra crítica da antipsiquiatria é com relação ao fenômeno da “medicalização da psiquiatria”, que ocorre quando os psiquiatras negligenciam os aspectos psicológicos da doença e se concentram em apenas aplicar medicação nos pacientes, com o intuito de corrigir as alterações cerebrais que

supostamente seriam a gênese dos distúrbios psiquiátricos (Shorter, 1997).

Outra das principais críticas feitas pela antipsiquiatria é que não há uma definição – nem na ciência médica nem nas ciências sociais – final sobre a doença mental, o que ela é, suas causas e sua cura. Há diversas definições e categorias, muitas vezes contraditórias. “Hoje se discute muito se a psiquiatria e a psicanálise são de fato ciências, e antipsiquiatras como Thomas Szasz argumentam que a psiquiatria está a serviço de uma ideologia repressiva, que a doença mental é invenção, ilusão, da psiquiatria” (Porter, 1990, p. 10).

Michel Foucault e Erving Goffman salientaram o papel coercitivo das instituições psiquiátricas com fins políticos ou ideológicos. Em meados do século XX, ambos contribuíram de maneira substancial para revelar as ambiguidades do modelo manicomial de tratamento aos loucos. Foucault problematiza o surgimento do hospício e da psiquiatria moderna como uma forma de organização disciplinadora e coercitiva, enquanto Goffman analisa o modelo do hospital psiquiátrico como uma instituição total que exerce um controle burocrático dos indivíduos. Suas análises rompem com o discurso dominante baseado no saber do médico e dão predileção a outras vozes. Muito lidos e debatidos desde a segunda metade do século XX, eles foram de suma importância para a antipsiquiatria e para uma maior reflexão sobre o papel das organizações de uma maneira geral em nossa sociedade.

1.2.2. Goffman e as instituições totais

Em meados do século passado, Goffman (1999) classificou o hospital psiquiátrico como uma instituição total, que desencadeia um processo de mortificação e degradação da individualidade e da identidade dos sujeitos. A instituição passa a ser o mundo do indivíduo, sujeito a uma autoridade que lhe é exterior e a qual deve obedecer. Todas as suas atividades são efetuadas juntamente com todo o grupo, com suas rotinas expostas, estabelecidas e impostas para atender aos objetivos da instituição. Não há liberdade individual nesse sistema. Um grupo de técnicos visa especificamente controlar o outro grupo formado por internos, muitas vezes abusando de sua autoridade. Goffman conseguiu identificar os efeitos que a dinâmica da vida nessas instituições totais produz. Através dos papéis exercidos pelos agentes ocorre a naturalização da violência. A caracterização das instituições totais e das relações entre os atores nelas feitas por Goffman contribuíram para compreendermos melhor sobre as contradições existentes nos hospitais psiquiátricos, entre os seus objetivos oficiais (tratamento) e o seu caráter funcional (controle da loucura).

Goffman estudou o caso específico de hospitais para doentes mentais no livro *Manicômios, Prisões e Conventos* (1999). Entre 1954 e 1957, analisou o comportamento de pessoas em enfermarias e esteve por um ano no Hospital St. Elizabeths, em Washington (Estados Unidos), instituição que possuía cerca de 7.000 pessoas internadas. Seu propósito era conhecer o mundo social do interno e como ele é subjetivamente vivido, analisando as instituições psiquiátricas a partir da perspectiva dos próprios internos para compreender as mudanças que ocorrem na percepção de si em situação de isolamento e sob controle e coação.

Uma instituição total é definida como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1999, p. 11). Toda instituição tende ao fechamento, ou seja, ocupar o tempo e direcionar o interesse de seus participantes. Entretanto, algumas são mais fechadas que outras. Esse fechamento se dá através de barreiras simbólicas e físicas com relação ao mundo exterior. As instituições totais são aquelas que têm um caráter de total fechamento com relação ao mundo externo, expressas principalmente por barreiras físicas que colocam proibições à saída, tais como portas fechadas, paredes altas, cercas de arame farpado, fossos de água, florestas ou pântanos.

Um dos aspectos mais importantes do trabalho de Goffman (1999) é a sua apresentação dos processos de mortificação do eu, que os sujeitos sofrem ao ingressarem nas instituições totais. Há uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações, que fazem com que o seu eu seja sistematicamente mortificado pela instituição. Ele é obrigado a adotar posturas, movimentos e atitudes que no mundo exterior seriam degradantes ou incompatíveis com o seu eu, como andar sempre com a cabeça baixa, ficar ajoelhado ao receber um castigo ou ser obrigado a comer os alimentos com uma colher, ao invés de com garfo e faca como normalmente faria. O indivíduo também pode ser obrigado a dar respostas verbais humilhantes ou ter que pedir humildemente coisas pequenas, como um copo-d’água.

Este processo é justificado pela tentativa de criação de um grupo unificado de calouros (e não uma coleção heterogênea de pessoas carregando um *status* social previamente conquistados) e melhor adaptado às regras da nova instituição. Goffman considera o problema da mortificação do eu como resultado da orientação racional-instrumental existente nas instituições totais, buscando eficiência através de mecanismos burocráticos de controle (Vizeu, 2005).

A mutilação do eu passa por vários aspectos. Há a separação entre o internado e o mundo externo. Na vida civil, o indivíduo pode exercer diversos papéis sem que um prejudique seu

desempenho em outro e é capaz de escolher, mesmo que minimamente, que atividades desempenhar. Nas instituições totais a participação é compulsória, imposta. O indivíduo passa por um “despojamento do papel”, ou seja, rompe com os papéis exercidos no mundo exterior (de trabalhador, membro de uma unidade familiar, entre outros), passando a atuar em apenas um, o de internado. Este despojamento do papel tem implicações no mundo externo. O interno pode perder alguns direitos de cidadania temporariamente ou permanentemente, não podendo dispor de dinheiro ou votar. Além da perda da identidade, podem ocorrer mutilações do corpo. A terapia de eletrochoque (que deveria ter efeito terapêutico) usada como castigo em hospitais para doentes mentais tende a levar o indivíduo a obedecer para preservar a sua integridade física (Goffman, 1999).

Algumas fontes de mortificação não são tão diretas, como na perturbação da relação do ator individual com seus atos. São alterações que Goffman (1999) chama de “circuito”: as respostas protetoras do ator na sociedade civil em relação a algo que não o satisfaz (como o mau humor) podem lhe causar castigos e servir como base para outros castigos. Como as esferas da vida numa instituição total são integradas, uma conduta imprópria em uma área pode ser usada contra ele em outra situação, como no caso dos doentes mentais que se esforçam por se comportar bem diante de uma situação de diagnóstico, mas são contestados por provas de sua apatia durante uma outra atividade. A fala dos internados costuma ser desqualificada ou desprezada como sintoma de uma doença. Esta é uma das várias formas de ataque ao indivíduo. Como nas instituições totais as regras podem não ser muito claras, os internados podem viver sob a angústia crônica quanto a desobediência às regras e as suas respectivas consequências. Há a necessidade de um esforço constante para evitar problemas, o que pode acarretar a renúncia a certos níveis de sociabilidade com seus companheiros.

Para Goffman (1999), as instituições totais e as estruturas básicas da sociedade, como o trabalho e a família, são incompatíveis. O trabalho é visto negativamente pelos internos nas instituições totais, tendendo a ser degradante e muitas vezes imposto como punição, ao contrário do mundo exterior onde o trabalho costuma ser relativamente livre e associado a alguma recompensa (como o salário). Em relação à vida familiar, aqueles que exercem todas as atividades no mesmo local dificilmente mantêm uma existência doméstica significativa (extra ou intra-muros), ainda que a família sirva como elo entre o internado e a comunidade externa. Desta forma, essas instituições não costumam atingir seu objetivo racionalmente estabelecido, ou seja, tratar e preparar o indivíduo para restabelecer o convívio social no ambiente societal mais amplo, onde lhe é exigido que

desenvolva diferentes papéis e esteja devidamente integrado a seus respectivos padrões.

Goffman (1999) detectou também alguns problemas mais gerais nas instituições totais: elas tiram autonomia do indivíduo, impossibilitando-o de tomar decisões, às vezes mesmo as mais simples. Sucede que as mortificações do eu acontecem mesmo que o indivíduo coopere com a instituição. Ele também questiona sua capacidade terapêutica. Muitos internos continuam nas instituições mesmo após terem sido diagnosticados como aptos para retornar à sociedade. Poucos conseguem adquirir ou restabelecer os mecanismos autorreguladores que as instituições totais supostamente devolveriam ao indivíduo. Além disso, a posição social do interno ao retornar ao mundo externo nunca mais será a mesma. Ele carregará o estigma de ter sido internado, na maioria das vezes escondendo seu passado na instituição.

Outro aspecto importante é que as instituições podem apresentar discrepâncias entre os seus objetivos e o que realmente elas fazem, muito em função do contexto da ação da equipe dirigente. Os hospitais para doentes mentais enfrentam dificuldade de manter simultaneamente os padrões humanitários e alto grau de eficiência, sobretudo no caso de internações não voluntárias, quando agem contra a vontade dos internos e a favor de quem os contratou, seja a família ou o Estado. Isso pode acarretar uma exigência de que a instituição cumpra uma função de controle social em detrimento da terapêutica (Goffman, 1999).

A instituição e a equipe dirigente também podem ser responsabilizados pelo atos dos indivíduos fora do internamento, o que dificultaria a saída da instituição. Com isso, o indivíduo pode sofrer o que Goffman (1999) chama de “desculturamento”. Quando internado por muito tempo, pode se tornar incapaz de enfrentar alguns aspectos da vida diária extra muros. Por fim, nas instituições totais geralmente há um controle burocrático das necessidades humanas. As pessoas são supervisionadas por um pessoal que não tem por objetivo a orientação ou a inspeção periódica (como se supunha ser a função de um hospital psiquiátrico), mas a vigilância. Entretanto, a disciplina burocrática seria uma característica funcional das instituições totais, e não simplesmente um desvio do curso dos objetivos racionais da organização (Vizeu, 2005).

1.2.3. As críticas de Foucault à psiquiatria

Foucault, em *A História da Loucura* (2004), explicita o estatuto político da psiquiatria e a sua função ideológica. A seu ver, o perfil epistemológico do saber da psiquiatria é pouco definido e está ligado a uma série de instituições, exigências econômicas e políticas de regulamentações sociais. Ele desmistifica a “história oficial da psiquiatria”, aquela que tem como heróis os seus

fundadores Tuke e Pinel, considerados os primeiros a transformarem em hospitais especializados no cuidado psiquiátrico as estruturas arcaicas que abrigavam os loucos. Reconstruindo e reinterpretando a história sob uma nova perspectiva, demonstra como estas instituições eram cercadas por uma moral religiosa que regia os comportamentos e que fazia com que os loucos fossem responsabilizados por tudo aquilo que pudesse ser um desvio da moralidade e da sociedade (Downing, 2008).

A psiquiatria como uma disciplina relativamente autônoma nasce apenas no início do século XIX. Foucault trata das condições que propiciaram a possibilidade de seu surgimento (Machado, 2009). O princípio central de seu argumento é que a razão tem sido progressivamente separada da loucura ao longo da história. Houve um ato de cisão que criou esta distinção artificial, tomando a forma de um discurso que silencia o louco, privilegiando a voz do especialista (Downing, 2008; Freitas, 2004). Como consequência, não somente a loucura foi separada da razão, o louco também foi isolado, confinado e colocado em oposição aos ditos são (Vizeu, 2005).

O hospital psiquiátrico, nesta perspectiva, não é apenas o local onde se trata a doença mental. Como em um laboratório, onde um botânico cultiva diferentes espécies de plantas para analisá-las ou contemplá-las, o hospital psiquiátrico cria e recria a doença. Mas ele não recria a experiência real da doença vivida pelos loucos na sociedade. Ele realiza uma experiência própria da loucura, intra-muros, produzida pelo efeito da hospitalização (Foucault, 2001).

É somente pouco a pouco que a loucura se torna objeto da disciplina da psiquiatria. Isso ocorre quando diminui a interferência das considerações morais e religiosas em prol de uma disciplina terapêutica e se estabelece um discurso sobre a loucura que se molda silenciando a irracionalidade. A teoria de Foucault se contrapõe à visão de que o nascimento da psiquiatria ocorreu em consonância com uma humanização do doente mental, identificando-a com o silenciamento da loucura (Downing, 2008).

O internamento psiquiátrico constitui importante mecanismo de manutenção do poder, pois a exclusão e o isolamento dos doentes mentais põem em circulação uma série de práticas, como os mecanismos disciplinares da sociedade moderna. Uma técnica do exercício do poder para o entendimento do modelo manicomial é a disciplina. Os mecanismos disciplinares já existiam antes (na Idade Média e na Antiguidade) da elaboração inicial da disciplina durante o século XVII. Mas no século XVIII, a disciplina é aperfeiçoada de maneira a melhor gerir os homens, maximizando seu potencial de organização através de um sistema de poder para controlá-los (Foucault, 2001). O internamento (entre outras sanções) tem uma importância muito limitada se procura inferir sua

significância econômica, embora seja essencial quando se refere às engrenagens do poder.

Digamos mais exatamente que de Bernheim a Laing ou a Basaglia, o que foi questionado é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Cooper disse: “a violência está no cerne do nosso problema”. E Basaglia: “a característica destas instituições (escola, usina, hospital) é uma separação decidida entre aqueles a que têm o poder e aqueles que não o têm”. Todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder (Foucault, 2001, p. 124).

As técnicas disciplinares começam a se formar principalmente em instituições como o exército e a escola, quando se vê um grande progresso da alfabetização, sendo posteriormente expandidas para diversas áreas, inclusive para a psiquiatria. Foucault (2001) atribui o nascimento da disciplina moderna a algumas características de controle essenciais, a saber: 1) Distribuição espacial dos indivíduos: se anteriormente os indivíduos ficavam amontoados, a disciplina os distribui espacialmente, promove sua individualização pelo espaço através do confinamento; 2) Controle sobre o desenvolvimento da ação e não sobre seu resultado: desenvolve-se a arte do corpo humano, em que os gestos são adaptados para serem mais rápidos e eficazes, procurando a melhor gestão dos corpos; 3) Vigilância perpétua e contínua dos indivíduos: cada indivíduo passa a ser observado constantemente, de modo que os procedimentos são tão importantes quanto os resultados. Aparecem sistemas de inspeção, revista, desfiles e paradas; 4) Controle contínuo através de registro: surge a anotação e transferência de informações em detalhe, de baixo para cima. No sistema clássico, o poder era exercido de maneira descontínua, fragmentada, confusa, por unidades globais e não diretamente sobre o indivíduo. A vigilância é permanente, exercida através do exame, que se torna fator essencial do exercício do poder. Isso permite sua medicalização.

O corpo como objeto de controle é uma novidade do século XVIII, controle que é exercido através de técnicas de cerceamento e sujeição do sujeito que criam espaços arquiteturais, funcionais e hierárquicos. Estes instrumentos disciplinares estão presentes no manicômio, sendo internalizados no imaginário social e legitimados por um saber. No entanto, o internamento não teve apenas o papel negativo da exclusão, mas teve igualmente um papel positivo de organização e melhora da eficiência na consecução de seus objetivos. O internamento destaca a razão, faz com que o desatino seja delimitado. Isso, por um lado, gera exclusão e, por outro, permite com que a sociedade lide melhor com ela. No começo do século XIX, a concepção clássica da loucura, que agrupava todo tipo de moléstia, é substituída por outra, passa a fazer da loucura uma ciência positiva, o internamento passando a ser um ato terapêutico para curar o doente (Foucault, 2001).

Mas não é apenas a prática médica que sustenta a visão sobre a loucura. A loucura atua sob dois regimes, segundo Foucault (2004), no universo do direito e na percepção social. Como sujeito de direito, o louco é cercado pelo reconhecimento jurídico da irresponsabilidade, incapacidade, com sua interdição e definição da doença. Ao mesmo tempo em que o sujeito se vê desprovido de sua liberdade, sofre com o reconhecimento da loucura pela sociedade, sendo excluído como um ser que está fora de si, que não é reconhecido como homem. A loucura está ligada a uma experiência ética e a uma valorização moral. O positivismo percebia a alienação mental como mecanismo patológico da natureza. Apesar do progresso médico, ele manterá o louco na situação de internamento da Idade Clássica e no aparelho da coação moral e do desatino dominado. Se a psiquiatria concedeu ao louco o direito à assistência médica e aos cuidados terapêuticos, tratando-o como um doente, este movimento retirou dele sua cidadania. O louco, como ser destituído de razão, deixa de ter o controle sobre si e deve ser tutelado e controlado (Alves et all, 2009)

1.2.4. Tipos de antipsiquiatria

A psiquiatria nasce, de certa forma, atrelada a noção de reforma, uma vez que Pinel e cia. eram em sua época reformadores, procurando humanizar o tratamento dispensado aos loucos nos hospitais psiquiátricos (Tenório, 2002).

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção. Ao que Pinel teria respondido: Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes. O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma (Tenório, 2002, p. 27).

A crise na psiquiatria, que culminou na antipsiquiatria, teve início com a desconfiança que os procedimentos do psiquiatra francês Jean-Martin Charcot, no século XIX, na verdade produziam as crises de histeria que descrevia em seu trabalho. Foucault (2001) compara tal descoberta à de Pasteur, segundo a qual antes da descoberta de mecanismos de esterilização, o médico era o principal agente transmissor de doenças nos hospitais.

Após Charcot, houve um movimento de despsiquiatrização, que não tratava de anular o poder do médico, mas sim de realocá-lo para lhe dar mais precisão e eficiência. A primeira forma de

despsiquiatrização foi a que buscou reduzir a “verdade” da doença à sua realidade estrita, evitando a “teatralização” na produção da doença. Desse modo, a dominação do médico sobre o paciente perdeu seu rigor. Trata-se de “pasteurizar” o hospital psiquiátrico, articulando o conhecimento da natureza da doença com o tratamento e a supressão de suas manifestações. Foucault chama essa despsiquiatrização de “psiquiatria de produção nula” (2001, p. 125), em que o poder médico se mantém estrito, apontando a psico-cirurgia e a psiquiatria farmacológica como duas de suas formas mais notáveis.

Outra forma de despsiquiatrização apresenta estratégia inversa à primeira. Faz com que a produção da loucura seja a mais intensa possível, procurando, entretanto, equilibrar as relações de poder entre médico e paciente. Esta despsiquiatrização se afasta do espaço asilar, procurando evitar que a ciência médica seja envolvida involuntariamente em mecanismos que este espaço produz. Vale a “regra do divã”, “que só dá realidade aos efeitos produzidos neste lugar privilegiado e durante esta hora singular, em que o poder do médico é exercido” (Foucault, 2001, p. 125). A psicanálise pode ser encarada como uma forma de despsiquiatrização. Retirada do espaço asilar, ao mesmo tempo que apaga os efeitos paradoxais do poder psiquiátrico reconstitui o poder do médico como produtor da verdade em um espaço específico.

A antipsiquiatria, no entanto, se opõe a estas duas formas de despsiquiatrização. Foucault considera ambas conservadoras, uma vez que uma anula a produção da verdade e a outra porque adequa a produção da verdade ao poder médico. “Se trata de transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura ao invés de procurar reduzi-la a nada” (2001, p. 126).

Ainda segundo Foucault:

As relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da antipsiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial (2001, p.127).

O que está no centro da antipsiquiatria não é o valor de verdade da psiquiatria em termos de conhecimento, de precisão do diagnóstico ou de eficácia terapêutica. Ela não busca apenas a humanização ou o aperfeiçoamento do tratamento dispensado aos loucos. Em seu cerne estão as relações de poder envolvidas na relação médico-paciente e a luta contra a instituição manicomial. Quando as primeiras instituições asilares foram instaladas, eram justificadas pelo princípio da ordem social contra a desordem dos loucos, e não pela terapêutica, algo que só se firmou posteriormente.

A atual crise das disciplinas não coloca em questão simplesmente seus limites e incertezas do campo de conhecimento. Coloca em questão o conhecimento, a forma de conhecimento, a norma de “sujeito-objeto”. Interroga as relações entre as estruturas econômicas e políticas de nossa sociedade e o conhecimento, não em seus conteúdos falsos ou verdadeiros, mas em suas funções de poder-saber. Crise por consequência histórico-política (Foucault, 2001, p. 118).

A antipsiquiatria opõe-se à instituição como um mecanismo de adestramento, regulação social e distribuição de poder. O louco, na psiquiatria tradicional, torna-se objeto do poder médico enquanto doente e é despojado de todo o poder e todo o saber sobre sua doença. É este círculo que a antipsiquiatria quer romper, de forma a dar ao indivíduo o direito de realizar sua loucura em que os outros podem contribuir com esta experiência, mas jamais em nome de um poder conferido por sua razão ou normalidade (Foucault, 2001).

O puro poder do médico, diz Basaglia, constatando no século XX os efeitos das prescrições de Esquirol, aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; este, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo (Foucault, 2001, p. 126).

A psiquiatria sofreu grande abalo no século XIX com o surgimento da psicanálise, que colocou em questão o poder médico. Todas as grandes reformas na psiquiatria no século XX vão girar em torno dessa relação entre os que têm e os que não têm poder para modificar essa relação. Ocorre, então, uma "insurreição dos saberes dominados" (Foucault, 2001, p.170). Ou seja, aqueles saberes considerados desqualificados, não-competentes, não-elaborados, ou com um baixo nível de cientificidade, ressurgem com uma forte crítica ao saber dominante. Entre os detentores dos saberes relegados a um segundo plano, Foucault (2007) cita o psiquiatrizado, o doente, o enfermeiro, o médico paralelo, etc. Estes detêm um saber particular, mas recebem a oportunidade de realizar sua crítica. Emergem esses saberes contra os efeitos do poder psiquiátrico e contra o funcionamento do discurso científico dominante.

1.2.5. Movimento antipsiquiátrico

É principalmente a partir destes teóricos que se desenvolveu a luta antimanicomial, movimento que visa assegurar os direitos humanos aos internos nos manicômios e que denuncia o tratamento desumano nestas instituições (Vizeu, 2005). Como vimos, para a antipsiquiatria, os manicômios possuem em si mesmo uma contradição fundamental. Eles foram criados para curar ou tratar a doença mental e controlar os loucos. Entretanto, o controle rígido e a subjugação do sujeito dentro dos manicômios produzem uma alienação devido ao caráter burocrático dessa organização

(Vizeu, 2005). Com o desenvolvimento dos psicofármacos, o movimento antimanicomial passou a chamar a atenção para a excessiva medicação a que eram submetidos os pacientes, de maneira a torná-los mais dóceis. Os efeitos colaterais dos antipsicóticos, como a languidez dos pacientes, passaram a ser destacados. Assim, as correntes e camisas de força foram substituídas por medicações, que evitavam reclamações e protestos, agindo silenciosamente (Hall, 2008).

A partir da Segunda Guerra Mundial o modelo de internamento e tratamento manicomial começa a ser questionado com mais tenacidade, principalmente pela experiência de médicos e enfermeiros que foram prisioneiros do regime nazista nos campos de concentração e identificaram similaridades entre os métodos nazistas e o funcionamento das instituições psiquiátricas (Dias, 1997). Para Szasz (2008), os hospitais psiquiátricos eram na verdade prisões. O movimento também se posicionava contra a eletroconvulsoterapia (a terapia de eletrochoque), a lobotomia e a incipiente medicalização da loucura, pois consideravam que geravam mais danos colaterais que efeitos terapêuticos.

Os primeiros movimentos antipsiquiátricos dessa época foram tentativas de humanização dos hospitais psiquiátricos. Como a estrutura asilar é considerada responsável pela cronificação dos doentes, busca-se reestruturar a instituição a fim de restaurar sua finalidade terapêutica (Alvez et al, 2009). Tais questionamentos sobre a capacidade terapêutica da psiquiatria possibilitaram o surgimento de outras formas de psiquiatria na França, na Inglaterra e na Itália, com a formação de comunidades terapêuticas alternativas ao modelo manicomial tradicional (Dias, 1997).

As críticas ao tratamento e ao hospital psiquiátricos emergiram no contexto das mudanças sociais ocorridas nas décadas de 60 e 70, sob o impacto da contracultura, dos movimentos feministas, dos movimentos civis em favor dos negros e dos homossexuais, do movimento hippie, entre outros. A luta pelos direitos humanos de diferentes grupos sociais deflagrou as denúncias de maus-tratos contra pessoas internadas em hospitais e clínicas psiquiátricos. Este contexto era um solo fértil para o florescimento das ideias antipsiquiátricas. Por sua identificação com ideias de esquerda, o movimento antipsiquiátrico é visto por muitos como ideológico ainda hoje (Berlim et al, 2003).

O paradigma do tratamento dos loucos sofre enorme mudança na segunda metade do século XX, advinda, principalmente, de três fatores, a saber: 1) o avanço dos psicofármacos, em especial os antidepressivos e neurolépticos, que permitiram que os pacientes tivessem uma maior autonomia; 2) a criação da ONU (Organização das Nações Unidas), que possibilitou uma maior defesa dos Direitos Humanos; 3) a ampliação do conceito de saúde, integrando perspectivas de outras ciências

e centrando-se no bem-estar dos indivíduos, cujas saúdes física e mental passaram a ser vistas como passíveis de outras influências (sociais, antropológicas, políticas, psicológicas, emocionais, etc.) que não as somente orgânicas. Hoje em dia, a saúde está relacionada à educação, à habitação, ao lazer, à cultura, ao acesso aos serviços de saúde, etc. (Dias, 2007).

O movimento antimanicomial teve início na Europa, mas rapidamente percorreu o mundo. Em cada nação, este movimento vai se desenvolver de modo diferente, inclusive com nomenclaturas distintas. Utilizaremos o termo antipsiquiatria como sinônimo da luta antimanicomial e movimento antipsiquiátrico, apesar de alguns autores o restringirem ao movimento de contestação à psiquiatria ocorrido na Inglaterra (Alvez et all, 2009).

No início de 1960, surge na Inglaterra o movimento da antipsiquiatria, com o objetivo de denunciar a psiquiatria como um mecanismo de poder dotado de um suposto saber científico como instrumento de dominação. Apoiados por psiquiatras como Ronald Laing e David Cooper, o movimento questiona os manicômios e acusa-os de cronificar as doenças mentais. Consideram a psiquiatria clássica repressora e violenta e proclamam a antipsiquiatria defensora da humanização do tratamento dos doentes mentais (Ruszczyk, 2008). A antipsiquiatria está assentada no movimento de contracultura libertária, promovendo críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras (Alves et all, 2009).

Tentativas de reforma no atendimento psiquiátrico através de experiências como a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor, que tinham por objetivo a restauração do papel terapêutico do hospital psiquiátrico e da psiquiatria, também surgiram na França. Nos Estados Unidos, nasceu o movimento da psiquiatria comunitária na década de 1960, que aproximava a psiquiatria da saúde pública, buscando a prevenção e promoção da saúde mental, mas sem questionar o *status* da psiquiatria ou procurar romper com esta (Alvez et all, 2009).

Mas é na Itália que os movimentos de contestação à psiquiatria vão adquirir mais força na década de 1960. Surge a psiquiatria democrática, movimento liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, que, ao contrário da antipsiquiatria inglesa, não negava a doença mental, mas a considerava como parte da condição humana e envolve o sujeito, a família, a comunidade e a sociedade no cuidado destas pessoas (Alves et all, 2009).

Entre 1961 e 1968, Basaglia dirigiu um hospital psiquiátrico na pequena cidade de Gorizia na Itália, abrindo as portas do asilo e permitindo que os pacientes circulassem livremente pela cidade. Nesta época, suas ideias ainda se limitavam à reforma do hospital psiquiátrico, o que ainda assim gerou muita resistência local. Esta resistência às mudanças fez com que vários profissionais

do hospital, convencidos da inviabilidade manicomial, optassem em dar alta coletiva aos pacientes para depois pedir demissão em massa. O projeto mais ambicioso de desinstitucionalização liderado por Basaglia ocorreu quando ele assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni de Trieste, em 1971. A partir daí a perspectiva da psiquiatria democrática se aproxima da visão antimanicomial de negação e substituição dos serviços e tratamentos vinculados à lógica de internação dos hospitais psiquiátricos para a garantia da reinserção social dos pacientes e o resgate de sua cidadania (Alves et all, 2009).

Impulsionada pelo movimento da psiquiatria democrática, a Itália aprova em 1978 a Lei 180, que institucionaliza a reforma psiquiátrica. Ela estabelece a proibição da construção de hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes psiquiátricos; a reinserção de pacientes internados na sociedade; a territorialidade dos serviços de saúde mental, com a criação de leitos psiquiátricos em hospital geral, com o máximo de 15 leitos; a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental e dos mecanismos de tutela, internação e tratamento sem o consentimento dos pacientes, e a manutenção dos direitos civis e sociais dos doentes mentais. Também veta o uso da terapia de eletroconvulsoterapia (o eletrochoque), considerado pelo movimento ineficaz e até mesmo perigoso, devido a seus efeitos colaterais. A Lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana serão as maiores fontes de inspiração para a reforma psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2000).

Nesta época cresce o movimento de desospitalização nos Estados Unidos e em outros países da Europa, com a política de altas hospitalares, redução do número de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos (Nicácio, 2001). Em 1984, devido às experiências de desinstitucionalização em diversos países, a Organização Mundial da Saúde propôs uma série de medidas para atender aos doentes mentais de uma maneira mais condizente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A OMS propõe que os países devem estabelecer políticas específicas de saúde mental, proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a remodelação dos antigos, propõe a integração da psiquiatria à rede de assistência médica regular e determina a criação de unidades psiquiátricas nas emergências de hospitais (Valente, 2008). Hoje o movimento antipsiquiátrico é um fenômeno internacional com repercussão não só no Brasil, nos EUA, na Itália, na França ou na Inglaterra, mas alcança diversos países europeus e latino-americanos (Berlim, et all, 2003).

1.2.6. Reações à antipsiquiatria

Apesar do relativo sucesso das políticas antipsiquiátricas no mundo, não faltaram críticas a este movimento. Este debate ainda divide os especialistas em dois grupos radicalmente opostos, um

chamado antipsiquiátrico (ou antimanicomial) e outro grupo pró-psiquiátrico. Para os psiquiatras alinhados com o *mainstream* da disciplina, os serviços criados como substitutivos aos hospitais psiquiátricos instituídos com as reformas antipsiquiátricas em diversos países seriam ineficazes e criadores de outros tipos de desordens. O movimento antipsiquiátrico é visto negativamente e tratado como uma rebelião. A antipsiquiatria é considerada uma visão politicamente orientada (por ideias marxistas variadas ou de esquerda), dotada de uma concepção reducionista da psiquiatria, desprovida de base empírica e que se coloca em oposição aos dados científicos da especialidade médica da psiquiatria (Berlim et al, 2003).

As críticas da antipsiquiatria teriam tido efeito contrário ao desejado por seus adeptos. Ao invés de extinguir a psiquiatria, a fortaleceram. A teoria da rotulação do paciente e as críticas à classificação das doenças psiquiátricas fizeram com que ela refinasse sua nosologia. Por outro lado, a crítica a função de “instituição total” da antipsiquiatria fez com que os hospitais psiquiátricos revisassem suas práticas de forma a criar novos modelos de atendimento asilar (Berlim et al, 2003).

Os escritos de Foucault que serviram de base à antipsiquiatria foram alvo de severas críticas. No artigo *Madness and Civilization in Early Modern Europe*, Erik Midelfort critica o método histórico de Foucault, uma vez que a prática do confinamento dos loucos existia antes mesmo do século XX, não sendo inventada na Idade Clássica. Ele também argumenta que a imagem da “Nau da Loucura” não seria mais do que uma mera representação simbólica que teve pouca repercussão em qualquer tratamento social ou político da loucura. Midelfort e por Roy Porter criticam Foucault por utilizar muitas fontes francesas e as generalizar para as profissões de saúde mental na Europa. Enfatizam que o trabalho de Foucault é penetrado por um viés e um *bias* eurocêntrico. Jurgen Habermas e Gillian Rose argumentaram que a abordagem de Foucault do Iluminismo em *A História da Loucura* é “inaceitável”, porque privilegia, de maneira unilateral, uma negação niilista das liberdades e dos direitos que foram conquistados na história recente, visando promover sua posição radicalmente anti-dialética (Downing, 2008).

Ex-aluno de Foucault, Jaques Derrida também criticou dois pontos da obra, em especial: a periodização adotada em *A História da Loucura* e a metodologia proposta. Para Derrida, a suposta mudança de postura do homem em relação à loucura ocorrida no século XVIII não teria sido tão profunda quanto afirma Foucault. O que houve foi apenas uma modificação interna da loucura e não uma ruptura externa (Pereira Neto, 1998). Na parte metodológica, Derrida afirma que Foucault quis que a loucura fosse o sujeito de seu livro, quase como uma co-autoria. Mas para Derrida, isso seria impossível. Quando Foucault faz uma arqueologia do silêncio, ele impõe uma lógica, uma

racionalidade, apresentando-a através de uma linguagem que não condiz com a loucura e o silêncio (Pereira Neto, 1998).

Os estudos de Goffman também foram submetidos a uma série de críticas. As principais são quanto ao fato de que os internos se organizam de forma a impor forte resistência ao ajustamento exigido nas instituições totais. Cohen e Taylor (1972, apud Giddens, 2004) encontraram formas de resistência mais acentuadas do que as propostas por Goffman em seu estudo de uma penitenciária. Goffman focava a resistência obstinada como a forma mais direta de resistência à autoridade, enquanto Cohen e Taylor argumentam que muitas formas de resistência vão além da proteção do sentido de si, sendo objeções coletivas ao sistema com objetivo de efetuar mudanças no funcionamento da instituição. Nesse sentido, podemos destacar as greves de fome, as tentativas de fuga e os abaixo-assinados como exemplos de resistências de ordem coletiva. Outra crítica ao modelo de Goffman recai sobre o fato de que muitos internos rejeitam os rótulos impostos pelas autoridades de maneira a não internalizá-los, atribuindo outros sentidos aos processos de mortificação do eu (Giddens, 2004).

Hoje não podemos dizer que vivemos em um mundo “despsiquiatrizado”. Apesar dos avanços conquistados em termos de políticas públicas em diversos países pelo movimento antimanicomial, a psiquiatria ainda é bastante influente. Ela se modernizou durante o surgimento da segunda psiquiatria biológica, com o avanço dos estudos neurológicos e a criação de medicamentos cada vez mais eficazes, com menores efeitos colaterais. Sua ligação com a indústria farmacêutica e o decorrente investimento financeiro em pesquisas daí advindo a torna ainda mais poderosa, em especial nos Estados Unidos. No Brasil, estas as disputas vão assumir uma forma particular, conforme veremos no próximo capítulo.

2. PSIQUIATRIA, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, as políticas em saúde mental foram ditadas por médicos e psiquiatras por muito tempo. No entanto, isso muda a partir da redemocratização do país. Simpatizantes e militantes da antipsiquiatria assumem diversos postos do governo nos anos 1980 e implementam uma política de saúde mental que defende a interdisciplinariedade na década de 1990, minando a exclusividade do poder do psiquiatra sobre o hospital psiquiátrico.

A reforma psiquiátrica foi um processo que resultou do encontro de um movimento contestatório que visava alterar radicalmente o atendimento ao tratamento dos portadores de transtornos mentais e uma estrutura baseada no poder do médico psiquiatra e dos donos das clínicas e hospitais psiquiátricos.

O grupo que mais se identifica com a antipsiquiatria é o movimento antimanicomial, que surge ao final dos anos 1970 a partir da conjuntura da luta por direitos humanos no plano mundial e da redemocratização no Brasil (Amarante, 2000). Visando restaurar a cidadania dos portadores de transtornos psiquiátricos, ganha força no início da década de 1980, na esteira de movimentos da reforma sanitária e da abertura política (Favieiro, 2007; Tenório, 2002).

A Constituição Federal de 1988 foi fundamental para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que universalizou o acesso ao sistema de saúde público e legitimou uma nova concepção de saúde, conhecida como “promoção da saúde”. Estabeleceu mudanças estruturais no sistema público de saúde e também nas relações entre grupos sociais que estavam relacionados à área (Dias, 1997). Descentralizou poderes administrativos e políticos, aumentou a participação popular no processo decisório e o controle social sobre as ações do governo. Ao mesmo tempo, a saúde tornou-se palco para novas disputas sociais, buscando criar relações mais horizontais entre as diversas categorias envolvidas (Favieiro, 2007).

Neste contexto, a reforma psiquiátrica provocou mudanças que atingiram profundamente o campo da saúde mental, no qual as disputas de poder assumiram posições específicas (Amarante, 2000; Dias, 1997). As políticas públicas em saúde mental abrem espaço para a participação de outros profissionais de saúde (para além dos médicos), de familiares e até mesmo dos próprios pacientes no processo de decisão do que fazer com os portadores de transtornos psíquicos. Com

isso, a psiquiatria, então hegemônica, perde espaço. O que era um espaço em que o médico psiquiatra tinha a palavra final (e geralmente a única) passa a ser um amplo palco de discussões sobre a natureza das doenças mentais (Dias, 2007).

2.1. A psiquiatria no Brasil

Até então, a loucura era tratada no Brasil como algo a ser controlado de perto e os loucos eram tratados como incapacitados para decidir seu futuro e excluídos da discussão sobre políticas públicas na área da saúde mental. Entre 1500 e 1817, a loucura não era caracterizada como doença, não cabendo aos médicos tratá-las. Seu lugar era na rua ou na cadeia. A partir de 1817, a loucura passa a ser vista como doença, mas tendo seu lugar no porão das Santas Casas de Misericórdia, instituições ligadas predominantemente a Igreja Católica, que abrigavam os loucos bem antes que a psiquiatria existisse como especialidade médica. As primeiras instituições psiquiátricas surgidas no Brasil se constituíram como resposta às reclamações gerais da sociedade contra o livre-trânsito de doidos pelas ruas das cidades. Tanto que a maioria dos hospícios era cercado por muros e construído em local isolado e longe dos centros urbanos (Dias, 1997).

A partir de 1852, com a criação do Hospital Dom Pedro II no Rio de Janeiro, o primeiro Hospital Psiquiátrico do país, o modelo alienista asilar passa a predominar em substituição às Santas Casas, ainda que os asilados tenham continuado sob cuidado das freiras durante muito tempo. Os hospitais psiquiátricos assumem a finalidade de abrigar exclusivamente os alienados (ainda que muitos permanecessem internando diversos tipos de excluídos). Isto impulsiona o estabelecimento do saber psiquiátrico no Brasil e a criação de Cátedras de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Dias, 2007). Na sequência, vários hospitais psiquiátricos públicos passam a ser construídos no país, como o Hospício de Alienados São Pedro (hoje Hospital Psiquiátrico São Pedro) em 1984 no Rio Grande do Sul (Oda e Dalgalarrodo, 2005).

É somente com o psiquiatra Juliano Moreira e seus discípulos que a psiquiatria no Brasil adquire um caráter mais científico. Em 1890 é criada a Assistência Médica Legal dos Alienados, órgão que estabeleceu o funcionamento das instituições destinadas ao isolamento e tratamento dos doentes mentais (Oda e Dalgalarrodo, 2005).

No século XX inicia-se o período do chamado Modelo das Colônias, que dura até o início da década de 1940, com a hegemonia do setor público na assistência psiquiátrica. A psiquiatria brasileira se moderniza e amplia a assistência à saúde mental com a criação de colônias agrícolas de tratamento (Amarante, 1998). Nelas, procurava-se a cura dos doentes pelo trabalho agropecuário e

em pequenas oficinas. Havia a crença que os ambientes campestres e a natureza exerciam função terapêutica sobre os alienados (Arejano, 2002; Ruszczyk, 2008).

A partir do início do século XX o Estado começa a criar programas de saúde pública (como as campanhas de vacinação) e campanhas sanitárias para lidar com a recente urbanização (Dias, 2007). Como parte dessas iniciativas, em 1903 o então presidente Rodrigues Alves apresenta um decreto visando reorganizar a assistência aos alienados e a segurança pública, colocando o louco no hospício e sob ação médica. A internação era necessária ao tratamento e deveria ser efetuada, não importando se em instituições públicas ou privadas. O texto dizia que “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (Piccinini e Oda, 2006).

Em 1905 é criada a primeira revista científica de psiquiatria no Brasil, denominada *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*. Posteriormente, seu nome foi mudado para *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Em 1919, tornou-se *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria* e demonstrava a hegemonia do paradigma organicista na psiquiatria brasileira, embora concedendo espaço para outras escolas, como a psiquiatria alemã baseada na classificação de Kraepelin e o alienismo humanista francês (Facchinetti; Cupello; Evangelista, 2010). Já em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, alinhada com o modelo higienista e sanitarista⁷, que estabeleceu um programa de intervenção no espaço social e colocou a psiquiatria em defesa do Estado e como um controle da sociedade (Dias, 2007).

Em 1934 é lançado outro decreto nacional, desta vez com um caráter mais humanitário, mas baseado no modelo médico e hospitalocêntrico, afirmando que a “Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental” tem como objetivos:

- a) Proporcionar aos psicopatas, tratamento e proteção legal;
- b) Dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) Concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (Piccinini e Oda, 2006).

Em meados da década de 1940, a psiquiatria torna-se mais poderosa e o internamento mais frequente, com os avanços no tratamento para as doenças mentais. Em 1946 o Decreto-lei nº. 8.550 autorizou a construção de hospitais psiquiátricos especializados e de alta tecnologia através da realização de convênios entre os governos estaduais e o Serviço Nacional de Doenças Mentais

⁷ O modelo higienista ou sanitarista, também conhecido como movimento higienista/sanitarista, iniciou no Brasil no início do Século XX e propunha ações bastante heterogêneas de intervenção em saúde pública, mas que tinham como centro um modelo normativo de comportamento para a população, afim de evitar o contágio de doenças (Gois Junior, 2003).

(Piccinini e Oda, 2006). No final da década de 1950 aparecem os primeiros medicamentos neurolépticos no tratamento em saúde mental, criando-se um mercado em torno destes psicotrópicos que atua no campo da saúde mental através da indústria farmacêutica (Amarante, 2000).

A internação psiquiátrica em instituições privadas foi impulsionada principalmente durante a última Ditadura Militar. Em 1967 foi instituído o Decreto nº. 60.252, que cria a Campanha Nacional de Saúde Mental e a vincula ao Ministério da Saúde, visando reduzir o déficit de hospitais psiquiátricos. Enquanto afloram os movimentos contra o modelo manicomial na Europa, no Brasil triplica o número de leitos em instituições psiquiátricas com o financiamento público. A proporção de pessoas internadas em relação à população geral, que era de 0,41 internados por 1.000 habitantes em 1950, sobe para 0,82 em 1970 (Dias, 2007). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado:

(...) as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêm a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Tenório, 2002).

O número de instituições privadas que recebiam dinheiro público salta de 14 mil em 1965 para 30 mil em 1970. Cerca de 80% dos leitos psiquiátricos pagos pelo Estado no país eram contratados diretamente pela rede privada e apenas 20% pelos hospitais públicos (Tenório, 2002).

A principal crítica feita ao setor contratado é que as clínicas e hospitais psiquiátricos eram empresas com fins lucrativos e sua receita estava atrelada ao tempo de internação dos pacientes, ao número de internados e aos gastos dispendidos. Assim, quanto menos se gastasse com o paciente, quanto mais tempo ficassem internados e quanto maior o número de pacientes, maior o lucro angariado. Ao mesmo tempo, enquanto noutras especialidades o médico não pode realizar o tratamento sem o consentimento do paciente ou de um familiar, na psiquiatria a decisão de dar alta ou não para o paciente é exclusivamente médica. Assim, muitas dessas clínicas e hospitais, financiados pelo Estado, se tornaram verdadeiros depósitos de pessoas internadas sem nenhum tratamento e por longo tempo, sem poderem sair por vontade própria (Tenório, 2002).

Até os psiquiatras admitem a insuficiência da assistência psiquiátrica hospitalar no tratamento dos portadores de transtornos mentais na década de 1960 (Dias, 2007). O presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, em um artigo na 20ª Reunião Anual da Federação Mundial de Saúde Mental, em 1967, em Lima (Peru), afirma:

Conquanto se reconheça que o planejamento e a organização de um serviço de saúde mental não podem, nos dias atuais, limitar-se a simples construção de hospitais psiquiátricos, estes constituem um dos elementos mais importantes da complexa estrutura que hoje se exige na defesa do psiquismo [...]. A situação dos hospitais de assistência psiquiátrica na América Latina é extremamente difícil, pela superlotação, pela deficiência de recursos, pela precariedade dos serviços extra-hospitalares [...] (Silva, 1968, p. 29, apud Dias, 2007).

Nessa época, era comum a prática de ambulâncias percorrerem as cidades recolhendo moradores de rua portadores de carteira do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) para os hospitais psiquiátricos (Dias, 2007).

O período da ditadura militar não se resumiu ao aumento do número de internações psiquiátricas hospitalares. Ele envolveu repressão dos atores sociais (como movimentos sociais, representantes de sindicatos), que tinham quase nenhuma participação nas decisões do governo. As conferências nacionais de saúde tinham como participantes apenas os representantes do governo e nomes expressivos da medicina no país (Dias, 1997; 2007).

Essa situação mudará apenas a partir de 1982, com a abertura democrática no país. Haverá mudanças no modelo assistencial à saúde mental no Brasil, seguindo orientações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, com a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária. As conferências de saúde terão uma maior influência sobre as políticas públicas e uma participação mais ampla de agentes, incluindo pacientes e familiares de pacientes, além de profissionais de saúde até então excluídos destes processos decisórios, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas (Dias, 1997; 2007).

A higienização da saúde mental no Brasil também passou por experiências das chamadas comunidades terapêuticas. As primeiras experiências ocorreram na virada dos anos 1960 para os anos 1970 como reação às estruturas asilares tradicionais, mas ainda sem romper com esse o modelo hospitalocêntrico. Nestes locais acreditava-se ser possível superar o modelo hospitalar fundamentando-se principalmente nas ideias psicanalíticas. Tais experiências, porém, não tiveram o impacto esperado, sendo absorvidas pelos hospitais psiquiátricos. Outro movimento ocorrido no Brasil foi o da psiquiatria comunitária, que propunha uma intervenção preventista em psiquiatria, organizando o espaço social para evitar as internações. Entretanto, esta perspectiva ainda estava muito fortemente ligada a uma noção eugenista e normativa da população. Criticada por sua tendência à psiquiatrização social, logo foi abandonada (Tenório, 2002).

2.2. As reformas sanitária e psiquiátrica

Os primeiros questionamentos que dão início ao movimento da reforma psiquiátrica começam com o episódio conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde) no final da década de 1970, quando profissionais deste órgão entram em greve, levando à demissão de 260 pessoas. Além das denúncias de fraude no repasse de verbas, a partir de então entram em foco as más condições dos hospitais psiquiátricos brasileiros, com grande destaque na imprensa (Amarante, 2000). Esta crítica ainda não estava direcionada ao asilo e à psiquiatria, mas a seus excessos ou desvios, sob a perspectiva higienista (Tenório, 2002).

Em 1978, com a extinção do Ato Institucional nº 5, que dava ao Estado o poder de suspender os direitos de pessoas que se manifestassem contra o governo, vários movimentos sociais ganham força e passam a exercer pressão mais livremente. É o caso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), um dos principais responsáveis pela reforma psiquiátrica no Brasil. Primeiramente, a pauta de reivindicações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental incidiu sobre as condições de trabalho dos profissionais em saúde mental. Aos poucos, passou a lutar por condições mais humanitárias de atendimento e a criticar a cronificação dos pacientes em hospitais psiquiátricos, o uso do eletrochoque. Somente no final da década de 1980 o movimento assume seu caráter antimanicomial (Amarante, 2000).

Em 1979 ocorre o Iº Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que coloca em pauta a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental, ligada à luta mais ampla da democratização do país, com repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão pela ditadura militar. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) – que posteriormente se torna uma das principais forças de resistência à reforma psiquiátrica no Brasil – estava ligada ao MTSM no enfrentamento contra a ditadura militar, apesar de representarem os setores considerados politicamente mais conservadores entre os trabalhadores da saúde mental (Amarante, 2000).

No IIº Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1980, foram efetuadas críticas mais intensas ao modelo manicomial e surgiram as primeiras divergências entre o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e os grupos mais conservadores, em especial a Associação Brasileira de Psiquiatria. Outra instituição ligada a estes grupos mais conservadores é a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entidade que defende os interesses da medicina privada institucional, agregando proprietários de hospitais, empresários de grandes companhias e proprietários de empresas de medicina de grupos. A indústria farmacêutica, embora não dê apoio explícito aos opositores da reforma psiquiátrica, é considerada aliada da Associação Brasileira de

Psiquiatria, pois teria interesse na manutenção da prescrição de medicamentos no mercado. Até hoje, essas organizações são apontadas como as principais representantes dos grupos contrarreformistas em nível nacional (Amarante, 2000).

É na década de 1980 que os líderes do movimento sanitário assumem a gestão dos serviços e das políticas públicas, a partir da vitória oposicionista ao regime militar nas eleições estaduais de 1982. Isto permitiu que vários cargos públicos fossem ocupados por militantes e simpatizantes da causa antimanicomial, ainda que as primeiras reformas que realizam sejam de cunho sanitarista. Novamente, tratou-se primeiro de humanizar o asilo e criar ambulatórios como alternativa às internações psiquiátricas, mas estas ações tiveram pouco impacto na qualidade do atendimento oferecido (Tenório, 2002). O número de leitos psiquiátricos continuava a crescer, de 100.000 em 1981 para 105.765 em 1984. O número de hospitais psiquiátricos também cresce, chegando ao pico de 430 em 1981 (Dias, 2007).

Ainda assim, em 1982 o INAMPS adota propostas da Organização Mundial da Saúde na área da saúde mental, entre as quais a assistência predominantemente extra-hospitalar exercida por equipe multidisciplinar, promovendo a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais (Dias, 1997). Em 1985, parte considerável dos postos de chefia dos programas estaduais e municipais de saúde mental é assimilada pela direção de fundadores e ativistas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ocupando também espaços nas universidades e unidades hospitalares (Amarante, 2000).

No final da década de 1980, movimentos sociais e ONG's passam a cobrar o direito da sociedade civil exercer maior controle social sobre a ação do Estado, que passa, então, a criar mecanismos para permitir a participação popular nas políticas públicas. Pela primeira vez a sociedade civil poderá intervir na gestão e direcionamento das políticas públicas, participando em Conselhos e Conferências de Saúde. Assim, novos atores sociais entram em cena na área da saúde (Faviero, 2007)

Com a redemocratização possibilitou-se uma maior participação social nas políticas públicas. O controle social passou a fazer parte do vocabulário dos indivíduos, partidos políticos, movimentos sociais e do discurso de diversas organizações, pressupondo um avanço nas instituições democráticas visando alterar as formas de relação do cidadão com o Estado (Faviero, 2007). Os princípios de integralidade, universalização, participação e descentralização na saúde foram legitimados na Constituição Federal de 1988, servindo de base para a Lei Orgânica da Saúde que criou o SUS em 1990 e para a reforma psiquiátrica (Dias, 1997).

A Constituição teve grande apoio popular. Muitos movimentos sociais participaram dela através das emendas populares – com mais de 30 mil assinaturas (Avritzer, 2007). Houve a retomada dos direitos políticos com o voto direto e universalizado, os direitos civis com o Programa Nacional de Direitos Humanos e consagraram-se os direitos sociais (Favieiro, 2007). Foi somente neste contexto que se passa a discutir a retomada da cidadania para os doentes mentais, considerados como inaptos para o exercício de seus direitos nos decretos de lei anterior, de 1903 e 1934 (Piccinini e Oda, 2006).

Ao lado da participação da sociedade civil, ocorreu a descentralização administrativa, fiscal e política, com a transferência de recursos, responsabilidade e autoridade do Governo Federal para as esferas Estadual e Municipal. O setor da saúde foi um dos primeiros a passar por este processo, com a implementação do SUS, passando a ser uma arena de disputas entre diversos grupos sociais (Favieiro, 2007). As conferências e conselhos de saúde consolidam-se como espaços de exercício da democracia e de participação social. Desde 2005 existem conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros (Avritzer, 2007). As profissões na área da saúde passam a dividir seu tradicional espaço profissional, antes ocupado quase que exclusivamente entre Medicina, Farmácia e Enfermagem, com outros profissionais (muitos conselhos de saúde contam com representantes da Ordem dos Advogados do Brasil, por exemplo) e com usuários e familiares, originando mais disputas e conflitos (Favieiro, 2007).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 teve cerca de 4 mil participantes. Ela alterou o conceito de saúde em vigor no país, que passou a compreender o bem-estar do indivíduo, pretendendo dar conta de diversos aspectos da existência humana (Favieiro, 2007). E foi fundamental para consolidar o movimento da Reforma Sanitária:

O significado inovador do movimento da Reforma Sanitária foi sua proposta de ruptura com a forma histórica de constituição da política de saúde no Brasil: centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. A política de saúde tem uma amplitude que extrapola o próprio setor, pois desde o seu nascimento na primeira República até o período de democratização do país, esteve no cerne dos debates e da constituição das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro (Dias, 2007, p. 54).

O conceito de Saúde adotado pelo SUS e pela reforma psiquiátrica reflete saberes distintos, que formulam um entendimento interdisciplinar e uma construção científica brasileira conhecida como *Saúde Coletiva*, provenientes de três fontes: Saúde Pública, Medicina Preventiva e Ciências Sociais. O processo saúde-doença deixa de ser uma questão apenas biológica para levar em consideração as relações entre saúde e estrutura social. Apesar destas mudanças nas políticas de

saúde, a evolução da disciplina psiquiátrica brasileira ocorreram em sintonia com as transformações no cenário internacional e na contramão do que ocorria nas decisões políticas no nível nacional. Ao mesmo tempo em que o Brasil adota uma concepção mais ampla da relação entre saúde e doença, reaparecia com mais força a psiquiatria biológica, que vê nas alterações orgânicas as causas das doenças (Aguiar, 2011).

O grande marco da reforma psiquiátrica no Brasil é a I Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, organizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a participação de 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais. A Conferência lança a campanha “Por uma Sociedade sem Manicômios”, cujo eixo é a retomada da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos e a reversão do modelo hospitalocêntrico (Alves et al, 2009).

Ela adota princípios considerados progressistas na área de saúde mental, apontando a necessidade da superação do modelo hospitalocêntrico. Inicia-se, efetivamente, o processo de desinstitucionalização⁸ nas políticas de saúde mental no país. A reforma psiquiátrica brasileira vai se basear no modelo italiano, que considera o manicômio como o *locus* da doença mental. Visa reestabelecer a autonomia do indivíduo, devolvendo para si o controle do próprio corpo e com a recuperação da dos direitos de cidadania (Dias, 1997).

A Conferência conta, pela primeira vez, com a participação de associações de usuários e familiares na discussão, com a Sosintra – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho⁹ e o Instituto Franco Basaglia, ambos do Rio de Janeiro (Dias, 1997). É a partir daí que o Movimento Antimanicomial se posiciona contra o que nomeia de “modelo hegemônico” de tratamento em saúde mental, centrado no hospital psiquiátrico (hospitalocêntrico), na disciplina médica (em sua variantes biológica e psicanalítica) e no profissional médico (que fornece o diagnóstico e o tratamento adequado ao paciente de maneira vertical).

No encontro, a ala que defendia participação dos movimentos sociais e uma reforma mais ampla do setor de psiquiatria no Brasil sofreu resistência da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que procuraram dar um caráter mais técnico às discussões do evento. A resistência passiva de alguns setores de trabalhadores da área da saúde mental, o enfrentamento com o setor privado, a burocracia do estado e o conservadorismo dos psiquiatras foram colocados como os maiores desafios a serem superados pela reforma na saúde

⁸ Desinstitucionalização não como a simples desospitalização, mas ela acompanhada de serviços substitutivos que as substituem.

⁹ Existente desde 1979, congrega usuários de serviços de saúde mental, familiares, amigos e técnicos, sendo a mais antiga associação brasileira nesse segmento.

mental (Tenório, 2002).

Em 1991, ocorreu o I Encontro Nacional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, no qual os grupos de usuários puderam se reunir sem a tutela dos profissionais de saúde (Dias, 1997). Já na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, uma boa parcela (20%) dos delegados são representantes dos usuários dos serviços públicos de saúde (Tenório, 2002).

Nesse período, surgiram diversos núcleos na luta antimanicomial, que se fundem no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA, também conhecido por Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA), substituindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como carro-chefe da reforma psiquiátrica. O MLA ocupou espaços consultivos e decisórios dos governos federal, estaduais e municipais, buscando influenciar na formulação de políticas públicas. Em 2003, o movimento antimanicomial se divide. Surge a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), que possui mais de 20 núcleos em pelo menos 12 estados, atuando em separado do Movimento da Luta Antimanicomial (Amarante, 2000).

Em nível internacional, a chamada de *Declaração de Caracas*, realizada em 1990, é considerada um marco na América Latina na defesa de legislações defensoras dos direitos humanos e civis dos doentes mentais. Ela foi produzida durante a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela OMS e pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) (Dias, 1997).

Em 1989 o Deputado Federal Paulo Delgado apresentou o projeto de lei da reforma psiquiátrica (Projeto de Lei 3657/89), que revisaria os direitos dos doentes mentais. O projeto ganha apoio dos candidatos à Presidência da República nas eleições de 1989, quando Luís Inácio Lula da Silva (do Partido dos Trabalhadores) e Roberto Freire (Partido Comunista Brasileiro) incluem as propostas antimanicomiais nos seus projetos políticos (Russczyk, 2008). Apesar disso, o projeto demorou mais de uma década para ser aprovado, o que ocorreu somente em 2001. De todo modo, incitou vários deputados a apresentarem um conjunto de Leis Estaduais estabelecendo mudanças na atenção a saúde mental. O Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992) foi o primeiro estado a ter uma lei da reforma psiquiátrica, seguido por Pernambuco, onde foi aprovada a Lei nº 44.064/94, de autoria do então deputado estadual Humberto Costa, que posteriormente foi Ministro da Saúde no governo Lula (2002 -2010) (Dias 2007).

No início da década de 1990, mesmo sem a lei ter sido aprovada em nível nacional, o Ministério da Saúde regulamentou a situação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS),

tornando-os modelo para todo o país. A Portaria 189/91 do Ministério da Saúde inicia a normatização sobre saúde mental. Em 1992, a Portaria 224/92 dá início à regulamentação da estratégia de redução de leitos e à criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) no Brasil (Amarante, 2000).

Os NAPS e os CAPS foram definidos como as unidades centrais da rede de atenção a saúde mental do SUS. Eles foram projetados para oferecer atendimento de nível intermediário, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, incluindo a oferta de atendimento individual e em grupo e com a comunidade em seu entorno, para reinserir os usuários do sistema de saúde mental do SUS na sociedade. Juntamente com uma rede de apoio, que inclui programas de reinserção social, centros de convivência e cultura, a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, foram criados para substituir os antigos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004).

No final dos anos 80 haviam sido criados os primeiros serviços para substituir os antigos hospícios, como os NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), as cooperativas, as associações e as instituições de residencialidade (Dias, 1997). Um dos primeiros locais a instalar estes serviços e realizar uma mudança no modelo de atenção à saúde mental foi o município de Santos, no estado de São Paulo. No caso santista, as denúncias de maus-tratos na Casa de Saúde Anchieta, clínica privada que recebia financiamento do INAMPS, provocou a implementação de um programa de saúde mental organizado em torno dos NAPS, que oferecia principalmente atendimento ambulatorial, não-hospitalar, aos pacientes psiquiátricos.

Outra experiência pioneira foi a criação em 1987 do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo. Apesar de não fazer parte de uma rede de atenção à saúde mental de base psicossocial (ao contrário de Santos, onde havia outros serviços extra-hospitalares em articulação com este CAPS), o modo como se tratava os pacientes e se concebia a doença mental dentro deste serviço, evitando a internação hospitalar e questionando o modelo psiquiátrico tradicional, serviu como exemplo para os serviços ambulatoriais instituídos com a reforma psiquiátrica (Dias, 2007).

Paralelamente a regulamentação do CAPS e NAPS, deu-se um processo de priorização da remuneração para os serviços alternativos à internação hospitalar. A Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde também instituiu e passou a fiscalizar com mais rigidez o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e o repasse de verbas para as clínicas particulares. Criaram-se os “hospitais-dia”, serviços de semi-internação, ou com internação máxima de 45 dias. Estas estruturas foram posteriormente substituídas pela internação psiquiátrica em hospital geral (Tenório,

2002).

Na década de 1990, apesar do avanço da regulamentação da reforma, com a aprovação da aprovação de leis estaduais sobre a reforma psiquiátrica, das portarias que criaram os CAPS e os NAPS e do redirecionamento da remuneração para serviços extra-hospitalares, isso não garantiu a implementação de uma rede de atenção à saúde mental. A reforma administrativa do Estado, com a racionalização dos recursos do SUS, políticas de ajuste fiscal, corte de verbas para a saúde e a prevalência da eficiência, eficácia e diminuição dos custos na gestão, foram amplamente criticados pelos reformistas como mecanismos para engessar a criação do modelo proposto pela reforma sanitária e da reforma psiquiátrica (Dias, 2007).

Durante a década de 1990, o projeto da reforma psiquiátrica, após ser aprovado na Câmara dos Deputados, enfrentou maiores dificuldades no Senado. Um substitutivo de autoria do senador Sebastião Rocha chegou a ser aprovado em janeiro de 2000, autorizando a construção de leitos em hospitais psiquiátricos nas supostas regiões onde não havia estrutura assistencial. Na volta à Câmara dos Deputados, suprimiu-se o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos. Finalmente, em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei nº 10.216, em vigor atualmente, instituindo a reforma assistencial em saúde mental, mantendo seu conteúdo antimanicomial (Dias, 2007).

A reforma psiquiátrica no Brasil visa a emancipação dos usuários e a garantia de seus direitos como cidadãos (Valente, 2008). Prioriza a reinserção social dos pacientes, que devem ser tratados principalmente em serviços não-hospitalares, e veda sua internação em instituições com características asilar. As internações psiquiátricas continuam a existir, mas sob restrições, visando proteger os direitos de cidadania do portador de doença mental. As internações compulsórias (sem o consentimento do paciente ou de um familiar) passaram a ser fiscalizadas pelo Ministério Público. Anteriormente, a internação psiquiátrica estava vinculada ao decreto-lei nº. 24.559, de 1934, que interditava da vida civil as pessoas consideradas “psicopatas¹⁰”, decreto que também foi revisado em 2002 sob os princípios da reforma (Dias, 2007).

A reforma psiquiátrica, porém, não é simplesmente uma lei criada para regulamentar os serviços psiquiátricos no Brasil. Ela é:

[...] o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da

¹⁰ O termo “psicopata” era usado de maneira geral para descrever qualquer pessoa com transtorno mental. Hoje em dia se refere na psicologia e psiquiatria a um tipo específico de patologia mental.

redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 2000, p. 91).

2.3. A rede de atenção integral a saúde mental do SUS no Brasil

Desde o final da década de 1980, já existiam os NAPS, que posteriormente se fundiram aos CAPS. As normatizações sobre saúde mental da década de 1990 regulamentaram a estratégia de redução de leitos e da criação de CAPS e NAPS no Brasil (Amarante, 2000). Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, é formada uma rede de atenção integral à saúde mental para atender os portadores de transtornos psiquiátricos. Os CAPS passam a organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. Eles devem prestar atendimento clínico, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, além de promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à rede básica (Brasil, 2004).



Figura 1: Esquema da rede de atenção à saúde mental do SUS.

Fonte: Brasil. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.

A tônica da reforma psiquiátrica foi a criação de serviços substitutivos e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. De 1992 a 2003, foram criados 500 CAPS. A partir de 2004, os gestores públicos municipais foram incentivados a expandir a rede CAPS por meio de repasses do Ministério da Saúde antes de os centros estarem em funcionamento. Com isso, o número de CAPS cresceu mais rapidamente. Atualmente, há 1.541 CAPS, o que equivale a uma cobertura considerada muito boa, de quase 63% da população, nos critérios do Ministério da Saúde¹¹ (Brasil, 2011a).

Os CAPS são divididos em cinco tipos:

<p>CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira</p>
<p>CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana</p>
<p>CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>

Figura 2: Tipos de CAPS.

Fonte: Brasil. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.

Para o Ministério da Saúde, apesar de estratégicos, os CAPS não são os únicos tipos de serviço de atenção em saúde mental que devem estar em ação nas políticas públicas de saúde mental. A atenção em saúde mental deve ser em rede, onde estão incluídos a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência (Brasil, 2004).

Concomitantemente ao aumento do número de serviços substitutivos com a reforma psiquiátrica, reduziu-se o número de leitos psiquiátricos. Atualmente, há cerca de 35 mil leitos psiquiátricos, sendo que em 1996 (último ano que o Ministério da Saúde fornece dados) o Brasil possuía 72 mil leitos (Brasil, 2011a). Entretanto, a redução de leitos psiquiátricos vem ocorrendo desde antes da reforma psiquiátrica. Estimativas apontam que o Brasil chegou a ter 105.765 leitos psiquiátricos em 1984 (Dias, 2007).

¹¹ Em CAPS/100.000 habitantes.

Apesar da grande redução no número de leitos, somente em janeiro de 2004 foi lançada a Portaria nº 52 instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Este programa, pactuado com os gestores, estabelece a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS, de acordo com limites máximos e mínimos que garantam a adequada assistência aos usuários do SUS. Em 2002, 24% dos leitos em hospitais psiquiátricos ocorriam em hospitais especializados com até 160 leitos. Atualmente, quase 45% dos leitos estão nestes hospitais de menor porte. Ao mesmo tempo, reduziu-se o número de leitos nos chamados macro-hospitais (com mais de 400 leitos psiquiátricos), de cerca de 30% em 2002 para cerca de 17% em 2010 (Brasil, 2011a).

Concomitantemente a expansão dos serviços substitutivos houve aumento de gastos com os chamados serviços extra-hospitalares em detrimento dos serviços hospitalares (manicômios). Em 2006, os gastos em serviços extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde ultrapassaram pela primeira vez os gastos em serviços hospitalares. Em 1998, os gastos em serviços extra-hospitalares representavam 7,93% dos investimentos em saúde enquanto gastava-se 92,07% em serviços hospitalares. Em 2010, os gastos em serviços extra-hospitalares chegaram a 70,56% e os gastos com serviços hospitalares caíram para 29,44% (Brasil, 2011b).

A reforma psiquiátrica também incentivou a criação de Ambulatórios de Saúde Mental. Em 2011 haviam 860 destes ambulatórios no país (Brasil, 2011a). Entretanto, a articulação entre os ambulatórios e os CAPS tem sido problemática. Há inúmeros problemas, como listas de esperas imensas que, segundo o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2011b), são frequentes e ocorrem na maioria dos ambulatórios.

Em 1999, foram criadas as Cooperativas Sociais, regidas sob lei Nº 9.867, para o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes em acompanhamento nos serviços comunitários. Sua principal finalidade é inserir as pessoas em desvantagem (incluindo egressos de hospitais psiquiátricos, usuários de álcool e drogas, etc.) no mercado de trabalho, por meio do trabalho, fundamentando-se no interesse geral da comunidade em promover a integração social dos cidadãos. No entanto, ainda estão em sua forma embrionária, sem grande poder de agregação, se tomadas em termos globais (Brasil, 2011b).

Os Centros de Convivência e Cultura e Observatórios de Saúde Mental na Atenção Básica ainda não saíram do papel. São raros e compõem a rede substitutiva em atenção à saúde mental, oferecendo espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção. Não são dispositivos de fins terapêuticos, funcionando como espaços de articulação entre a vida cotidiana e a cultura, visando à

indução de conhecimento e ações específicas na área, mas ainda em fase embrionária (Brasil, 2011b).

Os hospitais-dia especializados em saúde mental, que foram um dos primeiros instrumentos criados pelo SUS na área de saúde mental, estão sendo substituídos pelos CAPS. Existem somente 24 cadastrados no Ministério da Saúde. Muitos estão se transformando em CAPS, ambulatórios de saúde mental ou outros dispositivos (Brasil, 2011b).

Os serviços residenciais terapêuticos (SRT's), também chamados de moradas, são casas destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social ou laços familiares para viabilizarem sua inserção social. Segundo o Ministério da Saúde, “a expansão destes serviços, embora permanente, mostrou ter um ritmo próprio e acompanhou, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos” (Brasil, 2009, p. 18). Em dezembro de 2002, eram apenas 85 residências terapêuticas no país, que devem atender, no máximo, oito pacientes cada, totalizando, então, cerca de 680 pessoas. Em 2011, a rede de atenção à saúde mental já contava com 564 Serviços Residências Terapêuticas em funcionamento e centenas de outras em fase de implantação, abrangendo 3.062 moradores (Brasil, 2011a).

Instituído pela Lei Federal Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o Programa de Volta Para Casa visa dar assistência, acompanhamento e garantia à integração social de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica fora da unidade hospitalar. Paga-se ao beneficiário ou ao seu representante legal um auxílio no valor de R\$ 240,00 por mês durante um ano, podendo ser renovado, caso isso se faça necessário. Além do auxílio em dinheiro, os beneficiários do programa têm de se manter acompanhados por equipe de saúde especializada, designada pelo município, para garantir-lhes a atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional. Essa estratégia é compatível com as recomendações da OPAS e da OMS no que se refere à área de saúde mental como uma maneira de reverter um modelo de atenção centrado na internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, sem prejuízo à população (Brasil, 2011b). O Ministério da Saúde estima em cerca de 15.000 a população que necessita do auxílio financeiro para sua reinserção social nos moldes do Programa. Em 2003, o número de assistidos pelo Programa de Volta Para Casa em todo o Brasil era de apenas 206. Em 2011, haviam 3.574 beneficiários recebendo o auxílio (Brasil, 2011a).

Neste processo surgiram as Fazendas Terapêuticas, Comunidades Terapêuticas ou ainda Serviços de Atenção aos Dependentes de Substâncias Psicoativas (SPA), instituições

regulamentadas em 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Geralmente organizadas por grupos religiosos (em especial ligados às igrejas evangélicas) ou ONG's, elas possuem um caráter bastante heterogêneo e são sustentadas por doações ou por auxílio do governo. Na rede de atenção à saúde mental elas são consideradas como estabelecimentos de caráter provisório, que visam a reabilitação psicossocial e a reintegração social de dependentes de substâncias psicoativas.

Em 2009 foram criados os Consultórios de Rua, estratégia do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e do Plano Interministerial de Combate ao Crack. Eles são locais de atendimento ambulatorial, voltados para consumidores de álcool e outras drogas em situação de rua, que promove ações de promoção, prevenção e cuidados primários, e que não exigem a abstinência dos usuários, ao contrário da maioria das políticas públicas, superando a abordagem única de exigência da abstinência. Apesar de recentes, já são 92 destes dispositivos no país (Brasil, 2011b).

Como vimos nesse capítulo, a atenção à saúde mental no Brasil se constituiu principalmente pela criação de manicômios ainda no século XIX. Essa estrutura de atendimento com centro nos grandes hospitais psiquiátricos se manteve até o final da década de 1980, sendo que muitos destes hospitais continuam a existir até os dias de hoje. O processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi impulsionado pela redemocratização do país, iniciando antes mesmo de estar normatizada, com a redução de leitos psiquiátricos durante a década de 1990. No entanto, somente após 12 anos de tramitação a lei da reforma psiquiátrica foi promulgada, em 2001. A partir de então o número de serviços ambulatoriais cresceu vertiginosamente, completando a substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental por um modelo ambulatorial. Na sequência, veremos como esse processo ocorreu no Rio Grande do Sul.

3. PSIQUIATRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a ter uma lei da reforma psiquiátrica, instituída em 1992, quase 10 anos antes da lei nacional ser aprovada. O estado também tem um dos hospitais psiquiátricos mais antigos do país, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, inaugurado em 1884. Sendo assim, mesmo estando inserido no contexto nacional, o campo da saúde mental gaúcho possui suas particularidades. Neste capítulo, apresento o campo da saúde mental no Rio Grande do Sul, com a história de sua formação, os principais grupos envolvidos, seus tipos de capital e sua área de atuação. Primeiro, faço uma revisão da história da psiquiatria e da reforma psiquiátrica para mostrar como se deu a formação do campo da saúde mental no estado. Em seguida, apresento os principais agentes no campo da saúde mental e seus tipos de capital mais importantes. Por fim, apresento as coalizões de defesa que se formaram neste processo e como elas se distinguem e atuam no campo da saúde mental.

3.1 A psiquiatria e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, como no restante do país, a preocupação de oferecer algum cuidado para aqueles considerados loucos teve início com o trabalho de recolhimento de uma Santa Casa, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Antes disso, as cadeias abrigavam os alienados que haviam cometido algum tipo de delito ou “perturbado” a ordem social, sendo que muitos permaneciam praticamente até a sua morte, sem nenhuma tipo de cuidado (Oda e Dalgarrondo, 2005).

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre iniciou o trabalho de acolher os loucos das ruas em torno de 1826. Logo, o Hospital de Porto Alegre também passou a abrigá-los. A Santa Casa chegou a construir um prédio em anexo para atender exclusivamente os alienados em 1863. Entretanto, a intenção era mais de evitar as perturbações decorrentes do trato dos doentes mentais dentro do hospital do que melhorar a qualidade do atendimento dos enfermos. As autoridades da época consideravam o novo local inadequado e o tratamento que os doentes mentais recebiam, desumano. As reformas visando melhorar a qualidade do atendimento aos alienados começaram somente no final do século XIX, momento em que desperta a necessidade da criação de uma

instituição específica para dispensar cuidados a esta população (Oda e Dalgalarrodo, 2005).

Assim, em 1884 foi criado o Hospício São Pedro, órgão que por mais de um século será a corporificação das políticas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Gerido inicialmente pela Santa Casa, em 1889 passou a ter administração própria ligada ao governo estadual. Posteriormente, em 1925, ele é renomeado Hospital São Pedro e em 1961 recebe a atual denominação de Hospital Psiquiátrico São Pedro. É nele que por muito tempo vão se formar os psiquiatras e trabalhadores em saúde mental de diversas categorias e a partir de onde vai se organizar toda a assistência a saúde mental no estado (Dias, 2007).

O local escolhido para a construção do Hospital foi uma chácara, que ficava em uma área afastada da cidade, correspondendo ao Modelo das Colônias que estava em voga no país (Cheuiche, 2004). Ele foi construído de modo a permitir a ventilação e a iluminação natural de suas alas, evitando as principais causas consideradas produtoras de insalubridade: a estagnação e a umidade do ar (Kother, 2009). Após aberto, apesar de ainda não totalmente concluído, o hospício recebeu 41 alienados, dos quais 25 transferidos da Santa Casa e 16 da cadeia civil (Cheuiche, 2004).

Em 1924, a legislação foi alterada e a internação psiquiátrica no Rio Grande do Sul não precisava necessariamente ser expedida por um médico ou psiquiatra, podendo ser realizada pelas autoridades municipais, que mandavam os alienados diretamente ao São Pedro. Em 1925 é criado o Manicômio Judiciário para atender aos condenados no sistema judiciário portadores de transtornos psiquiátricos e em 1926 é inaugurado o Hospital Psiquiátrico Espírita de Porto Alegre, entidade privada filantrópica, que por muitos anos foi contratada pelo estado para disponibilizar leitos ao sistema público (Dias, 2007).

Em 1926 o psiquiatra Jacintho Godoy assume a gestão do Hospital São Pedro pela primeira vez, tendo trabalhado lá de 1926 a 1932 e de 1937 a 1951. Ele é considerado um dos responsáveis pela modernização do Hospital. Com ele iniciam-se as obras de remodelação da instituição. Apesar do cancelamento das obras em 1930 por conta do clima de instabilidade política do país (com a Revolução de 1930), ocorreram mudanças visando transformar o depósito de alienados em um hospital moderno. O Hospital passa a ser quase que uma instituição autônoma, fornecendo moradia para os funcionários e asilados, produzindo alimentos, cuidados para os falecidos, entre outros (Kother, 2009).

Em 1937 o São Pedro passa a abrigar novos serviços ambulatoriais e ser responsável pelas carreiras na área de saúde mental. Além da profissão de médico psiquiatra, cria-se a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social, com ingresso dos profissionais via concurso

público, lançando as bases da psiquiatria gaúcha. Até então, o ensinamento dos psiquiatras era “artesanal”, repassado aos que quisessem ser aprendizes com a prática na profissão. Apesar da modernização, o São Pedro continuou abrigando, além de doentes mentais de todos os tipos, pessoas que nem doentes eram, como idosos, inválidos e indigentes. A superlotação era um dos principais problemas da instituição. O Hospital tinha capacidade para abrigar 477 pessoas na época, mas acolhia 1.800 pessoas (Dias, 2007).

Durante a década de 1950 outras mudanças ocorrem nas políticas de saúde mental. A partir de 1954, o Hospital São Pedro passa a contemplar, além do atendimento médico, serviços como atividades laborativas e de recreação e a permitir a visitas aos pacientes 24 horas (Dias, 2007). Em 1957 foi criado o primeiro curso de especialização em psiquiatria do Rio Grande do Sul, pelos doutores Paulo Guedes e David Zimmermann, na Faculdade de Medicina da UFRGS, com algumas aulas sendo ministradas dentro do São Pedro. Nesta época, eram ensinados aos alunos tratamentos como a eletroconvulsoterapia e a malarioterapia associada às injeções de arsênico, bismuto e mercúrio (Annes, 2007).

Em 1959 é criado um ambulatório de psiquiatria aberto no São Pedro e em 1960 a Divisão Melanie Klein do Hospital passa a servir de sede para o curso de especialização em psiquiatria (Dias, 2007). A enfermagem do Hospital continuava sendo exercida por freiras (Annes, 2007). Seguindo a política de modernização do hospital, logo em seguida é aberta uma residência multiprofissional e são feitas inovações no atendimento em saúde mental, oferecendo novos tratamentos e uma maior possibilidade terapêutica (Dias, 2007).

No plano político, em 1959 é assinado um acordo para a construção, ampliação e reforma de hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Sul. Através deste convênio, são construídos novos hospitais psiquiátricos estaduais nos municípios de Pelotas e de Rio Grande e outros hospitais psiquiátricos particulares. Em 1958 foi criada a Secretaria de Negócios em Saúde (futura Secretaria Estadual de Saúde) e em 1962 são lançados o Conselho Estadual de Saúde e a Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul (Dias, 2007).

No entanto, apesar da modernização do atendimento e da criação de novos hospitais e clínicas psiquiátricos, as condições de vida dos pacientes continuavam precárias e a ênfase na internação dos doentes fazia da superlotação um dos grandes problemas do São Pedro. Somente a partir de 1964 é que vão ocorrer mudanças substanciais nas políticas de saúde mental, mas que ainda assim privilegiando a internação. Em 1966 é adotado um plano de reabilitação para os pacientes crônicos no plano diretor do hospital por iniciativa do setor de serviço social e o estado

promulga decreto que cria ambulatórios de Saúde Mental em 18 municípios (Dias, 2007).

Em 1972 é criada a Equipe Central de Saúde Mental na Secretaria de Saúde. Pela primeira vez o estado tem um grupo de pessoas responsável pelo planejamento, gestão e consecução das ações nas políticas de saúde mental, para além dos muros do São Pedro. Ocorre um processo de setorização do Hospital, passando a agrupar os pacientes em unidades por local de origem, ao invés da antiga separação por diagnóstico, visando facilitar o controle e o retorno à sociedade dos pacientes após o tratamento. O Rio Grande do Sul iniciou o programa de interiorização em saúde mental, treinando e capacitando os médicos do interior para identificar e tratar os doentes mentais nos seus próprios municípios. Ocorre conjuntamente o plano de transferência dos pacientes psiquiátricos para o Hospital Colônia Itapuã, antigo abrigo para os leprosos da cidade, pelo Centro Agrícola de Reabilitação (Dias, 2007).

No início da década de 1970 inaugura-se o tratamento comunitário em psiquiatria, dirigido principalmente aos moradores do Bairro Partenon, onde se situa o Hospital São Pedro. Foi criado o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, programa da Secretaria de Saúde da capital que promovia ações de prevenção, cura e reabilitação em saúde mental, associadas ao ensino e pesquisa. Em 1976, é criada uma Residência em Medicina Geral Comunitária, primeiramente exclusiva para médicos e no ano seguinte de caráter multidisciplinar (Dias, 2007).

Os objetivos de tais ações eram evitar a internação e reduzir o número de internos no São Pedro, visando conceder alta aos pacientes que poderiam ser tratados em seus municípios de origem. Foi realizada uma série de ações na tentativa de encontrar os responsáveis pelos pacientes institucionalizados (aqueles abrigado no hospital por muito tempo) para que retornassem ao seu local de origem quando tivessem alta médica. Com isso diminuiu-se o número de internos no hospital, de cerca de 4.297 pacientes em meados dos anos 1965 para 1.915 no final da Ditadura Militar (Dias, 2007).

Em 1982 este projeto é aprofundado pelo convênio entre a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do estado e o Inamps, com a transferência de parte da população do Hospital Psiquiátrico São Pedro para o Hospital Colônia Itapuã, antigo local de tratamento de leprosos. Também foram contratados leitos em hospitais-gerais, pensões, asilos e casas de saúde no interior do estado, de maneira a evitar a superlotação do São Pedro. Deste modo o Hospital não precisaria mais atender a pacientes de todo o estado, mas apenas da Região Metropolitana de Porto Alegre. Neste processo ocorreu a criação de um local específico para alocação dos pacientes crônicos dentro do HPSP, de modo a separá-los dos outros pacientes (Dias, 2007).

Entre 1983 e 1987, ocorre a democratização das estruturas internas do Hospital São Pedro, com a escolha das chefias dos setores através de eleições pelos próprios profissionais do hospital. Assim foram eleitos assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais para os cargos de chefia, acabando com a hegemonia dos médicos, tradicionalmente os responsáveis pelas alas. Em 1984 a gestão do Hospital Psiquiátrico São Pedro cria um programa de residência em psiquiatria e uma especialização multiprofissional em saúde mental. As políticas públicas nesta área no Rio Grande do Sul deixam de ser de domínio exclusivo da psiquiatria, tornando-se objeto de ação do campo da saúde mental (Dias, 2007).

Em 1987, com a gestão do governador Pedro Simon (1987-1990), os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica passam definitivamente a fazer parte das políticas públicas em saúde mental no estado. As ações em saúde passam a atender aos princípios de universalização, integralidade, regionalização e descentralização das ações de saúde (Dias, 2007).

O Conselho Estadual de Saúde (CES) torna-se paritário, composto por representantes dos governos federal e estadual e da sociedade civil. Apesar da abertura, alguns profissionais de saúde descontentam-se por não terem sido contemplados com representação no CES. A partir da Constituição de 1988, o Conselho teve sua composição novamente alterada, com metade dos representantes sendo de usuários e a outra de representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. No entanto, continuou presidido pelo Secretária da Saúde e Meio Ambiente, situação só alterada em 1994, após mobilização de membros do conselho (Dias 1997; 2007).

O governo Simon assumiu os princípios da reforma psiquiátrica, indo contra o modelo hospitalocêntrico e manicomial, com políticas de desinstitucionalização (em especial no Hospital São Pedro), visando o restabelecimento da cidadania dos portadores de transtornos psiquiátricos e a diminuição das internações psiquiátricas em hospitais especializados. É firmado um novo convênio entre o Departamento das Ações de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente e o Conselho Estadual de Saúde para a contratação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais em diversos municípios. Se em 1987 existiam apenas 27 municípios com atendimento em saúde mental, a cifra sobe para 333 em 1990. De 1987 a 1996, foram realizados dezoito cursos de saúde mental coletiva, com 709 alunos, 556 em aperfeiçoamento e 153 em especialização. Em 1992, já haviam 112 serviços de saúde mental criados nos municípios (Dias, 2007).

Em 1991, ocorre a divisão entre as áreas hospitalar e residencial (de moradia) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, com a criação dos programas do Usuário Recém Admitido e do Usuário Psicossocialmente Institucionalizado, para a progressiva extinção da função asilar do hospital. Uma

ativista do movimento antimanicomial, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, assume a direção do Hospital, que adota o tema “Por uma Sociedade sem Manicômios” em sua VII Semana de Estudos, amplamente divulgado na mídia à época (Dias, 2007).

No mesmo ano é criado o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, destacado agente na reforma psiquiátrica do estado, articulando os principais debates e ações sobre o tema. A estruturação do Fórum ocorreu durante um encontro estadual de saúde mental, quando os vários defensores das ideias antimanicomiais se organizaram como um movimento social (Dias, 2007) O FGSM possui uma identidade complexa, devido aos diferentes posicionamentos no seu grupo, composto por usuários e profissionais de formação distintas. Várias entidades possuem representantes no FGSM, como o Conselho Regional de Psicologia, o CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), entre outros. (Ruszczyk, 2008). Para os integrantes do fórum, não basta extinguir os hospitais psiquiátricos, é preciso promover uma mudança profunda de cunho social e político. Em nível nacional, está ligado, desde 2002, à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Dias, 2007).

Assim como ocorreu em nível nacional, os serviços abertos no Rio Grande do Sul foram criados antes mesmo de haver uma regulamentação. O Serviço de Saúde Mental Nossa Casa, de São Lourenço do Sul, criado em 16 de agosto de 1988, é um dos marcos da reforma. Ainda hoje São Lourenço do Sul tem uma rede de atenção à saúde mental considerada modelo. Em 1990 é criada a Pensão Pública Protegida Nova Vida em Porto Alegre, fruto da parceria entre o governo estadual e municipal, destinada a atender pacientes institucionalizados em uma clínica descredenciada pelo INAMPS (Dias, 2007).

Em 1991, o deputado estadual Marcos Rolim (PT) apresenta um projeto de lei para a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, inspirado em um projeto que tramitava em âmbito nacional de autoria do deputado federal petista Paulo Delgado (PT). À época houve grande mobilização da sociedade gaúcha com eventos, campanhas e debates em todo o estado para a discussão do projeto (Dias, 1997).

Em 1992 é realizada a Iª Conferência Estadual de Saúde Mental, que defendeu amplamente a reforma na assistência à saúde mental. Já haviam sido realizados encontros estaduais de saúde mental nos mesmos moldes dos encontros nacionais, com a participação dos diversos segmentos da sociedade (Monteiro, 2009).

Em agosto do mesmo ano é aprovada a Lei nº 9.716, do deputado Marcos Rolim, dispendo sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. A lei veda a construção de novos leitos em

hospitais psiquiátricos e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que portadores de sofrimento psíquico, especialmente quando às informações psiquiátricas, compulsórias, entre outras providências (Dias, 2007).

Com a aprovação da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, foi instituída a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que passou a orientar as políticas em saúde mental. Hoje o Rio Grande do Sul ocupa a terceira posição estadual no indicador de cobertura da população por CAPS. Entre 2002 a 2010, a taxa de cobertura aumentou de 39% para 95% da população. O índice atual é superior à média nacional (66%), cobertura considerada muito boa pelos parâmetros do Ministério da Saúde¹². Em 2010 haviam 135 CAPS cadastrados no Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, sendo 63 CAPS I, 36 CAPS II, 14 CAPS i e 22 CAPS ad (Brasil, 2011b).

Os leitos em hospitais psiquiátricos diminuíram enquanto o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais aumentou. Em 1993 o Rio Grande do Sul possuía 3.633 leitos psiquiátricos, a maioria em hospitais psiquiátricos e alguns em hospitais gerais. Ainda há 2.190 leitos psiquiátricos, sendo a maioria (818 leitos) em hospitais gerais. Existem ainda 810 leitos em hospitais psiquiátricos e ainda 562 leitos para álcool e drogas, distribuídos em 129 hospitais gerais e 6 hospitais psiquiátricos especializados. O Rio Grande do Sul é o 18º estado com menor taxa de leitos em hospitais psiquiátricos por 100 mil habitantes (Brasil, 2011b).

Outros serviços substitutivos e programas visando a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos psiquiátricos foram criados posteriormente. Entre 2005 e 2010, o número de iniciativas de geração de renda de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais promovidas pelo Ministério da Saúde passou de 6 para 38. O Rio Grande do Sul ainda detém 6 consultórios de rua para atender a população e 5 escolas para redutores de danos (Brasil, 2011b). Existem 45 residências terapêuticas (entre módulos implantados e em processo de implantação) com 131 moradores e cerca de 190 fazendas terapêuticas (regulamentadas em 2008 pela Secretaria Estadual da Saúde do RS). São 236 beneficiados do Programa de Volta Para Casa, 16 iniciativas de inclusão social pelo trabalho e 104 ambulatórios públicos em saúde mental (Rio Grande do Sul, 2010). Além disso, em 2010 mais de 90% dos municípios apresentavam ações em saúde mental (Brasil, 2011a).

¹² O Ministério da Saúde considera uma cobertura muito boa quando acima de 0,70 CAPS/100.00 hab. Uma cobertura boa existe quando este índice está entre 0,50 e 0,69, uma cobertura regular/baixa entre 0,35 a 0,49, uma cobertura baixa de 0,20 a 0,34 e uma cobertura insuficiente/crítica quando abaixo de 0,20 (Brasil, 2011).

Quanto aos Hospitais Psiquiátricos públicos ainda existentes, na área do Hospital São Pedro haviam 336 moradores no final de 2008, a grande maioria deles internados há muito tempo e sem vínculos familiares. Além do São Pedro, o Hospital Colônia Itapuã abriga atualmente 70 pacientes portadores de transtorno mental e ainda 41 ex-hansenianos. O Hospital Psiquiátrico São Pedro hoje é referência para 88 municípios e uma população de aproximadamente 4.600.000 habitantes, quase metade da população do Rio Grande do Sul. Em 2008, o tempo médio de permanência dos pacientes de internação no HPSP variou de 17 (Unidade de Dependência Química) a 45 dias (Unidade Masculina de pacientes psicóticos). A taxa de reinternação foi de 43% e a ocupação dos leitos 117% acima da capacidade do Hospital (Rio Grande do Sul, 2010).

3.2 O campo da saúde mental no Rio Grande do Sul

Neste subcapítulo irei apresentar a noção de campo de Bourdieu, para depois apresentar os agentes que o compõem e como eles se relacionam. Diferentes grupos atuaram no processo de reforma psiquiátrica gaúcha, buscando impor ou influenciar as políticas públicas em saúde mental. O conjunto de relações formado por estes grupos forma o campo da saúde mental. Bourdieu (1990) define o campo como a rede de relações entre os agentes sociais que ocupam uma área específica, existindo independentemente da consciência ou da vontade coletiva. Ele é um espaço social no qual há uma luta pela definição do que é legítimo em determinada área. O mundo social é composto por diversos campos e um agente faz parte de um campo quando sofre ou produz efeitos dentro dele. Para entender as práticas de um agente específico, é necessário tomar por referência a posição que ele ocupa em seu campo de atuação. Esta posição orienta grande parte da tomada de decisões, seus discursos e o que os agentes podem ou não fazer.

A estrutura de um campo é determinada pelo capital que os agentes possuem. A autoridade de um grupo ou uma classe depende tanto de seu capital em termos materiais, quanto em termos simbólicos (Bourdieu, 1998). Os principais tipos de capital são o capital econômico (dinheiro, bens, etc.), o capital social (rede de relações sociais), o capital cultural (domínio dos mecanismos, linguagem e signos respectivos a um ou mais campos) e o capital simbólico (fama, prestígio, reputação) (Bourdieu, 2001).

Os agentes são distribuídos no campo conforme os diferentes tipos de capital que possuem em um dado momento e em relação à posição dos outros agentes, alguns em posições privilegiadas e outros em posições subalternas. Cada campo tem suas características e seus tipos de capital específicos. Cada tipo de capital dá aos agentes diferentes capacidades de participar das disputas de

poder, proporcionando certa autoridade na busca pela imposição de sua visão de mundo (Bourdieu, 2004).

Os agentes em um campo não orientam sua ação totalmente ao acaso. A estrutura do campo é interiorizada pelos agentes através do *habitus*, que são as estruturas mentais e as disposições adquiridas e incorporadas através das quais os agentes apreendem o mundo social e que norteiam a ação dos indivíduos. Ele é um conhecimento prático do mundo, produto tanto da história individual como da história coletiva da família e da classe, fruto da interiorização das estruturas do mundo social. Os agentes que possuem este conhecimento prático das leis que regem o campo que estão inseridos têm maior facilidade para lidar com os problemas e conflitos do campo (Bourdieu, 2001).

O conceito de *campo* refere-se às relações de força entre posições sociais a partir das quais determinados grupos lutam pelo monopólio do poder, acumulam capital e definem as formas legítimas de poder. Todo campo é um campo de forças em que os agentes lutam para manter ou melhorar sua posição e para conservar ou transformar o campo em que atuam e suas configurações. Bourdieu (1998) faz uma analogia do campo com o exército, afirmando que os agentes assumem e defendem posições estratégicas que funcionam como fortalezas em um campo de batalha.

Para Bourdieu (2000), em toda relação social há uma relação de poder, na qual um emissor dotado de uma autoridade social mais ou menos reconhecida se dirige a alguém que reconhece essa autoridade como legítima. Essa autoridade distintiva não significa que haja alguém em busca dessa legitimação ou que os agentes tenham necessariamente consciência disso. A eficácia desse poder se dá no plano do sentido e do conhecimento e não da força física. As distinções simbólicas exprimem e reproduzem o espaço das diferenças materiais.

O poder simbólico é aquele que “só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (Bourdieu, 2001, p.8). Ele fundamenta-se em duas condições. Primeiramente, é um poder de construção da realidade que procura estabelecer o sentido imediato do mundo, ou seja, aquilo que é tido como natural pelas pessoas. Os símbolos são tanto um sistema de integração social como um sistema de dominação social. As diferentes classes e estratos sociais disputam uma luta simbólica para impor sua definição do mundo social conforme seus interesses. Isso ocorre principalmente através de especialistas de produção simbólica, que disputam o monopólio da violência simbólica. Em segundo lugar, a eficácia do poder simbólico depende de como esta visão de mundo proposta está alicerçada na realidade. Ele é um poder de “fazer coisas com palavras” (Bourdieu, p. 167, 1990). Sendo assim, quanto mais a teoria descrever as coisas adequadamente, mais poderosos serão seus efeitos.

Deste modo, as representações da realidade social pelos agentes se dão em função de sua posição e os interesses relacionados a ela e do seu *habitus*. Para Bourdieu (1990), as ações e as escolhas que os agentes fazem são produto do encontro de um *habitus* com um campo. O mundo social é, assim, duplamente estruturado. Do lado objetivo, os agentes e instituições possuem propriedades que lhes conferem probabilidades desiguais de ação. Pelo lado subjetivo, as relações de poder simbólico são expressas pelos esquemas de percepção e apreciação.

Partindo destas premissas, compreendo a área da saúde mental no Rio Grande do Sul como um campo relativamente autônomo com regras próprias e tipos de capital especificamente valorizados. Nele os diferentes agentes disputam e ocupam posições relativas, ligadas ao tipo de capital que possuem. As distinções simbólicas representam as diferenças no campo e situam a posição e a importância relativa dos agentes e reproduzem as diferenças e as desigualdades entre si.

“Arena” e “arena política” são termos utilizados na análise de políticas públicas de modo semelhante a “campo de batalha” ou “palco” de Bourdieu. Em geral, essas definições apresentam um sentido sociológico que representa os espaços de conflito ocupados pelos agentes do que os de consenso. É o espaço social onde ocorrem as confrontações entre os agentes sociais, onde os grupos se definem, se afrontam, movidos por seus interesses e dotados de poderes relacionais e capitais e recursos distribuídos de forma desigual. As arenas são onde os grupos sociais organizados fazem suas reivindicações, debatem os temas que consideram pertinentes, visando a discussão, o controle e a construção de políticas públicas. Mas é também o espaço de reprodução e confrontação das diferenças simbólicas dos agentes, onde eles procuram o monopólio do direito de dizer o que é a verdade nos debates.

O conceito de arena política é geralmente utilizado para entender como funcionam os atores e os espaços decisórios na área da saúde (Cortes, 2009). Geralmente, é empregado no sentido metafórico referindo-se a um espaço político conflituoso, no qual os atores (societais, estatais ou em rede) se relacionam e desenvolvem processos que levam a definição e redefinição não só dos espaços políticos como dos próprios atores. Arena política também se refere às estruturas setoriais onde ocorrem as disputas por recursos (Yanez e Magnier, 2008). No caso da área de saúde, essas arenas setoriais têm os governos estaduais e federal como decisores fundamentais, em torno dos quais se organizam as discussões. Por fim, cabe observar que na arena política há uma separação entre os atores sociais – que buscam exercer influência nas políticas públicas através da participação em associações e movimentos democráticos – e atores estatais e de mercado, que agem regidos pelo poder e pelo dinheiro (Cohen, 2003).

Historicamente, o campo da saúde mental no Rio Grande do Sul tem como principais agentes os representantes e funcionários de órgãos do governo (secretarias), os representantes dos poderes legislativo e judiciário, os conselheiros de saúde, os representantes de associações profissionais e sindicatos de trabalhadores da saúde, os movimentos sociais, as associações de pessoas com transtornos psiquiátricos, os pesquisadores e professores das universidades e os diretores dos hospitais e clínicas (Dias, 2007). Mas outros agentes atuam nas arenas políticas, buscando seu espaço no campo da saúde mental, como os meios de comunicação e as associações de representantes do poder judiciário. Estes agentes se inseriram no campo realizando campanhas destinadas a combater o que se chama de “epidemia do crack”, surgida no estado nos últimos anos.

Os representantes do poder executivo foram fundamentais na realização da reforma psiquiátrica. Como o próprio nome diz, eles são responsáveis por executar as políticas públicas. A Secretaria Estadual da Saúde tem o papel de gerir o SUS no Rio Grande do Sul. Organizada em níveis hierárquicos com o Secretário Estadual da Saúde no topo e duas instâncias permanentes, o Conselho Estadual de Saúde e o Fundo Estadual da Saúde. No nível abaixo encontra-se a Direção Geral, composta por diversos departamentos (como o DAS - Departamento de Ações em Saúde) e pela Escola de Saúde Pública. No DAS está inserida a Seção de Saúde Mental e Neurológica, responsável pela Política de Saúde Mental no estado (Dias, 1997). É a Seção de Saúde Mental e Neurológica que gere a reforma psiquiátrica no estado. Há ainda o Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE), que gerencia os Hospitais e Ambulatórios estaduais, incluindo o Hospital Psiquiátrico São Pedro, o Hospital Sanatório Partenon, o Hospital Colônia Itapuã e o Centro de Saúde Escola Murialdo.

Nesta hierarquia quem tem o maior poder de decisão é o Secretário Estadual de Saúde, nomeado pelo Governador do estado. Esta posição está sujeita a mudanças conforme os resultados das eleições para governador e a conjuntura política. Mas é ele que decide como serão as políticas públicas na área da saúde do estado, ainda que suas resoluções sejam fiscalizadas pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Ministério Público e por outras instâncias da sociedade. Ele também nomeia as pessoas para cargos como o da diretoria do Hospital Psiquiátrico São Pedro, local muito disputado por ser um símbolo e um ponto de disputas entre o projeto hospitalocêntrico e o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. A presença do Secretário de Saúde nos encontros organizados na área da saúde mental dá maior visibilidade aos eventos, trazendo muitas vezes a presença da mídia. Seu discurso é sempre colocado em horários de destaque, afinal suas decisões guiam as políticas de saúde mental.

O diretor do DAS operacionaliza as políticas de atenção à saúde (incluindo a saúde mental), delega as tarefas e organiza os projetos e ações em saúde. Já o diretor do DCHE é responsável pela gestão dos hospitais públicos no estado, combinando as atividades de assistência com as de ensino e pesquisa. Estes cargos possuem bastante poder no campo da saúde mental, mas como são obtidos por indicação, sua manutenção e liberdade de ação estão submetidos às condições políticas. Na Seção de Saúde Mental e Neurológica do DAS há um coordenador e um coordenador adjunto, responsáveis por organizar ações especificamente na área da saúde mental. Os funcionários da Seção de Saúde Mental e Neurológica são responsáveis por aplicar as políticas de saúde mental. Apesar de estarem na base da pirâmide hierarquia, eles possuem margem de ação no modo como prestam o atendimento às demandas a que são solicitados.

A influência das Secretarias dos municípios do interior geralmente é restrita à sua região, propondo ações em saúde mental e regulando o acesso aos serviços municipais de atenção à saúde mental. Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre possui influência muito maior do que as outras secretarias no campo, exercendo forte influência sobre a política estadual de saúde mental. Assim como a SES/RS, a SMS de Porto Alegre possui uma estrutura complexa, com uma divisão de saúde mental relativamente autônoma e com os profissionais com maior capital científico e simbólico e influentes politicamente, que são capazes de mobilizar pessoas e recursos.

Os representantes do poder legislativo são os responsáveis por elaborar as leis que orientam as políticas públicas. A lei estadual da reforma psiquiátrica foi criada por um deputado estadual; e qualquer mudança significativa na lei e na estrutura das ações em saúde mental têm que passar pela Assembleia Legislativa. A presença de deputados e do secretário estadual de saúde prestigia os eventos na área. Eles dispõem de assessores e informações sobre a saúde mental, como dados sobre número de serviços, mortalidade e atendimentos, que subsidiam seus argumentos e posições. Já os vereadores dos diversos municípios não possuem tanto poder no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul. Somente mais recentemente os vereadores (em especial de Porto Alegre) passaram a atuar no campo da saúde mental com mais regularidade, sobretudo com a criação de eventos e reunião de especialistas para debater o crack. Deste modo, através dos representantes dos poderes legislativo e executivo, os partidos políticos também estão inseridos no campo da saúde mental.

Os Conselhos Estaduais e Municipais da Saúde devem acompanhar o cumprimento da lei e fiscalizá-la, bem como o Ministério Público. O Conselho Estadual de Saúde é um colegiado de caráter permanente e deliberativo que fiscaliza o SUS no Estado. Criado em 1994, possui representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais e usuários de saúde. Há,

atualmente, representação de um usuário dos serviços de saúde mental do SUS no Conselho Estadual. O CES tem um espaço circunscrito, mas não pode legislar ou executar. Depende, portanto, desses poderes para ter respaldo. Sua função é muito mais de denúncia do que de formulação de políticas, e o seu posicionamento tem sido predominantemente de defesa da reforma psiquiátrica (Dias, 1997).

A Escola de Saúde Pública faz a formação e capacitação dos recursos humanos em saúde no Rio Grande do Sul, coordena a política de redução de danos do estado e desenvolve atividades de pesquisa e extensão. Ela é uma instituição relativamente autônoma em suas ações, mas que depende administrativa e financeiramente do governo. Assim, seus representantes (diretores) possuem conhecimento técnico e capacidade de transmitir aos profissionais de saúde as diretrizes das políticas públicas na área da saúde mental (podendo repassar princípios mais ou menos alinhados com a reforma psiquiátrica).

O Ministério Público tem a função de defender a sociedade, a ordem jurídica, os interesses sociais e individuais, o regime democrático e o cumprimento das leis, principalmente através de processos de ação pública (Dias, 1997). O Ministério Público deve fazer o gestor cumprir a Lei da Reforma Psiquiátrica no Estado, impedindo a criação de leitos em hospitais psiquiátricos e fiscalizando as internações psiquiátricas para que não se cometam abusos contra os usuários. A atuação do Ministério Público na área de saúde mental se dá principalmente pela Promotoria de Direitos Humanos. Os promotores públicos possuem tanto um conhecimento reconhecido como legítimo na área do direito, quanto detém o poder de, através de ações jurídicas, modificar concretamente uma situação, determinando a internação ou não de um usuário.

Ainda na área jurídica, os juízes têm o poder de determinar a abertura de uma vaga para a internação de um paciente psiquiátrico quando respaldado com um laudo de um psiquiatra alertando sobre a necessidade da internação. Se o juiz ordena que se interne um paciente, o serviço de saúde é obrigado a aceitá-lo, caso contrário os funcionários podem ser responsabilizados judicialmente. O poder dos juízes é ainda maior no caso do manicômio judiciário. Eles podem extinguir medidas de segurança com base em razões jurídicas, podendo passar por cima da autoridade e avaliação dos psiquiatras. Os juízes costumam ser representados no estado pela AJURIS (Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul), mas sua inserção no campo da saúde mental é recente e ainda não exerce muita influência.

As associações da sociedade civil também estão presentes no campo da saúde mental, dentre as quais se destacam as associações de profissionais na área de saúde. O Sindicato Médico do Rio

Grande do Sul é um dos agentes mais influentes nesta categoria. Ele possui uma cadeira no Conselho Estadual de Saúde (apesar de ser acusado muitas vezes de não participar desta instância, preferindo agir por outros caminhos) e trabalha em parceria com outras instituições, como o Ministério Público, as Secretarias de Saúde, os deputados estaduais, a Faculdade de Medicina da UFRGS e da PUCRS e outras associações profissionais, como a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Exerce uma forte influência política no estado.

Grande parte do poder que o SIMERS exerce no campo da saúde mental vem do fato de ele ser uma entidade representativa dos médicos, incluindo os psiquiatras, uma vez que são eles que determinam a internação dos pacientes com transtornos mentais. Além disso, o SIMERS possui assessores da área da antropologia, direito, sociologia, economia e psicologia, o que lhe fornece um importante capital científico (pesquisas e dados), e um importante capital econômico que lhe permite manter uma estrutura para realizar pesquisas e ações e subsidiar suas campanhas de publicidade na área da saúde mental.

A Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul é o órgão que representa especificamente os psiquiatras no estado. Ela possui pouca influência politicamente, mas é capaz de mobilizar os psiquiatras, promovendo eventos na área da saúde mental e subsidiando outros grupos com capital científico, quando seus representantes participam de eventos. Ela também é responsável pela a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, uma das mais importantes publicações científicas na área no estado. O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) e a Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) são grupos com elevado poder político, pressionando os gestores públicos na área da saúde mental para a criação de novos serviços e fiscalizando a qualidade do atendimento aos usuários.

O Conselho Regional de Psicologia destaca-se na área da saúde mental no Rio Grande do Sul, quase sempre agindo associado a outras categorias profissionais, dotadas de menor poder mas com capital social, como o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) e o Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRF). Mas entre estas, o CRP é a entidade com mais força na definição das políticas públicas em saúde mental no estado. Em quase todos os debates, seja na definição de políticas públicas ou em eventos para discussão de temas relacionados à saúde mental, há um profissional de psicologia vinculado a esta entidade. Os profissionais ligados ao CRP detêm um capital científico e social bastante superior aos outros grupos a que estão aliados, como enfermeiros e assistentes sociais, além de um capital político importante. Grande parte de sua

influência se dá porque são os psicólogos que oferecem tratamento psicológico alternativo ao psiquiátrico aos usuários. Sua ligação com usuários do Fórum Gaúcho de Saúde Mental lhe assegura grande capital simbólico. Eles estão presentes também nas universidades, nos conselhos de saúde, nos serviços de saúde, nos órgãos dos governos municipais, estadual e federal e atuam como consultores do Ministério da Saúde. Profissionais e estudantes de psicologia participam em peso desses eventos, agregando o chamado capital social, ou seja, a capacidade de mobilizar pessoas quando necessário (Bourdieu, 2004).

Entretanto, quando não ligados aos seus sindicatos, os psicólogos não possuem tanto poder. Os profissionais de psicologia, de um modo geral, possuem um importante capital cultural, definido por Bourdieu (2000) como referências culturais advindas do âmbito familiar, como a erudição e o domínio da língua culta. Apesar da influência relativa que exercem em seus municípios, quando não vinculados ao CRP possuem pouco capital científico, político e social relativamente aos outros agentes em âmbito estadual. O mesmo vale para os profissionais de saúde não-organizados em sindicatos como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros e educadores físicos que representam CAPS, serviços de saúde mental ou secretarias de saúde de seus respectivos municípios

Outro grande triunfo do CRP, do CREFITO, do CRF e do CRESS é o capital militante que possuem. Os atuais representantes destes grupos estão envolvidos com a temática desde antes da reforma psiquiátrica, tendo tido um grande aprendizado dos mecanismos e das leis do campo, enquanto grupos como o SIMERS, a APRS, a AMRIGS e o CREMERS, apesar de bastante ativos politicamente, têm uma inserção política mais recente no campo da saúde mental. Oriundo da teoria de Bourdieu, o conceito de capital militante (Vecchioli, 2009) dá conta da dimensão do aprendizado e do acúmulo de recursos que os militantes de uma determinada área obtêm ao longo do tempo. Estes recursos se materializam principalmente através da conquista de diplomas e títulos universitários e pela realização de eventos e cursos. O capital militante implica novas formas de atuação no campo, uma vez que proporcionam uma articulação cada vez maior entre ativismo e conhecimento especializado, a chamada “profissionalização do ativismo”.

Diversos professores universitários, pesquisadores e estudantes atuam em várias frentes e em papéis diferentes no campo da saúde mental, geralmente vinculados a mais de um grupo. Os acadêmicos realizam pesquisas, produzindo informações e dados, e são convidados a falar em eventos. Eles também atuam como consultores do Ministério da Saúde, formulando os conceitos, as teorias e diretrizes das políticas públicas em saúde mental em âmbito nacional; como diretores de

hospitais psiquiátricos, organizando o tratamento psiquiátrico e de álcool e drogas no estado; como professores, ensinam os profissionais lidam com usuários e familiares.

Os professores dos cursos de psicologia são os que detêm o capital científico mais valorizado no campo da saúde mental, além de capital militante acumulado. A reforma psiquiátrica surgiu justamente da emergência dos saberes deste grupo que assimilou saberes vindos de outras áreas como a filosofia, a antropologia e a sociologia (junto com o de assistentes sociais, enfermeiros, entre outros), em detrimento do saber médico psiquiátrico. Este capital científico dá um poder simbólico aos acadêmicos no campo da saúde mental. O capital social destes acadêmicos também é importante. Eles mobilizam os alunos a comparecer nos eventos na área da saúde mental e pressionar os gestores públicos para que as políticas públicas sigam as diretrizes desejadas por eles. Já os estudantes não detêm poder nem legitimidade comparados aos dos outros grupos, mas agregam capital social a seus aliados.

Os professores dos cursos de psiquiatria (na sua maioria médicos) também acumulam um conhecimento científico bastante valorizado, ainda que sua fala tenha perdido boa parte de legitimidade no campo da saúde mental com a reforma psiquiátrica, em função da ascensão do discurso dos outros profissionais da saúde, em especial os psicólogos. Ainda assim os psiquiatras são chamados para falar sobre as doenças mentais em diversos eventos e produzem pesquisas com alta tecnologia, sendo melhor financiados por agências de fomento (tanto públicas quanto privadas), contando com maior capital econômico. No entanto, por estarem há pouco tempo no campo não possuem ainda a mesma atuação militante dos professores de outros cursos, deixando-os em desvantagem em muitas disputas no campo.

Os diretores de hospitais e clínicas na área da saúde mental, CAPS e Residenciais Terapêuticos também estão presentes no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul. Os diretores de hospitais psiquiátricos especializados são mais influentes, uma vez que a reforma psiquiátrica passa pelo modo como eles gerem estes hospitais. As instituições localizadas em Porto Alegre ou nas maiores cidades (como Caxias ou Passo Fundo) confere maior poder de decisão aos diretores em nível estadual, uma vez que tendem a ser as com maior números de leitos e com maiores recursos.

Os diretores do Hospital Psiquiátrico São Pedro são o que possuem mais poder. Ele está dividido entre uma diretoria técnica, uma de ensino e pesquisa e uma administrativa. Pelo fato da assistência em saúde mental ter sido baseada no HPSP desde o final do século XIX, ele é um local simbólico tanto para os grupos contrarreformistas quanto para os reformistas. Ele já foi a referência

para as internações em todo o estado e hoje o modo como se atende no São Pedro costuma ser o modelo para a atenção à saúde mental no estado. São três diretores no Hospital, um técnico (que possui mais poder, é ele que coordena como será o atendimento dentro do hospital), um administrativo e um de pesquisa (que planeja a parte de pesquisa no Hospital). Por ser um hospital público, os cargos são indicados pelo Secretário de Saúde, o que implica um poder político forte para os diretores e demonstra o modo como o Secretário pretende dirigir as políticas de saúde mental no estado. Além disso, devido aos cursos, estágios e residências que se realizam no Hospital, os diretores possuem contato estrito com a Escola de Saúde Pública e as Faculdades de Medicina, Psicologia e outras da área da saúde. A presença dos diretores nos eventos também é muito valorizada. Outro hospital psiquiátrico que fornece grande poder político aos seus diretores é o Hospital Espírita, que possui mais de 300 leitos e quase 400 funcionários e devido a esta estrutura (possui mais leitos psiquiátricos que o Hospital São Pedro, por exemplo) exerce grande pressão sobre os gestores estaduais.

Duas instituições não tão proeminentes no debate da reforma psiquiátrica mas que atuam estrategicamente no campo da saúde mental por defenderem os interesses dos hospitais são a Federação das Santas Casas, os Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul e a Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (FEHOSUL). Elas possuem cadeira no Conselho Estadual de Saúde e costumam pressionar para o aumento da remuneração das internações psiquiátricas. A FEHOSUL é presidida atualmente por um deputado estadual do Partido Progressista (PP), o que lhe garante forte poder político. Este partido, consolidado historicamente como opositor da reforma psiquiátrica, também agrega um capital militante importante.

A Sociedade de Apoio ao Doente Mental reúne principalmente familiares de portadores de transtornos psiquiátricos e possui forte influência no campo da saúde mental no estado, assessorando as políticas públicas e os familiares de pessoas portadoras de esquizofrenia e participando de eventos na área. Ela dispõe de uma cadeira no comitê de ética em pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro. A SADOM possui forte prestígio simbólico por constituir uma entidade teoricamente desprovida dos interesses corporativos dos outros grupos e por contar com familiares de doentes mentais.

A Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos e Demais Doenças Mentais é outro agente que possui capital simbólico no campo da saúde mental. Composta por profissionais de saúde, familiares e usuários, mas dirigida principalmente por mães e pais de portadores de esquizofrenia, ela costuma realizar eventos e campanhas de esclarecimento sobre os

esquizofrenicos e lutar para garantir a medicação e atendimento aos usuários do SUS. Ela também fornece aulas de teatro, inglês, trabalhos manuais, papel reciclado, artes plásticas, dança, cultura geral e arte terapia em sua sede para os pacientes esquizofrênicos. Ela está presente em diversos colegiados como o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, o GAPH (Grupo de Avaliação e Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar) (até 2002) e o CMAS (Conselho Municipal de Assistência Social. Suas ações junto aos usuários e familiares de portadores de transtornos psiquiátricos lhe fornecem capital social, sendo capaz de mobilizar um certo número de pessoas em sua causa, e um capital simbólico no campo da saúde mental. A ABRASUS – Associação Brasileira em Defesa dos Usuários do SUS – geralmente atua em parceria com instituições como o SIMERS, oferecendo apoio técnico e jurídico para pacientes e organizando debates e participando de reuniões junto aos poderes públicos para pressionar os gestores a melhorar a qualidade do atendimento fornecido nos serviços públicos de saúde. Existem outras associações com menor poder no interior do estado, como a Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores de Caxias do Sul (AUFTA), que participa dos debates no estado e principalmente em sua cidade de origem.

O Fórum Gaúcho de Saúde Mental é um dos principais articuladores das políticas públicas de saúde mental no Rio Grande do Sul. Fundado em 1991, um ano antes da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, o Fórum luta pela manutenção e ampliação dos serviços substitutivos e da reforma psiquiátrica. Sua participação nos eventos é fundamental, pois tem muitos simpatizantes e agrega usuários, trabalhadores e familiares. É um agrupamento institucionalizado de profissionais e usuários que têm simpatizantes e representantes vinculados a outras instituições, como o Conselho Regional de Psicologia, o Instituto de Psicologia da UFRGS, a Escola de Saúde Pública, o Conselho Regional de Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, entre outros.

Há subdivisões no Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Dentro dos espaços organizados pelo FGSM há uma tendência a que os usuários participem ativamente em palestras em igualdade com outros membros profissionais de saúde. Não obstante, os integrantes fundadores do Fórum são os que detêm a liderança do grupo. Prepondera o discurso e as posições dos psicólogos, justamente os mais antigos. Jaqueline Russczyk (2008), que analisou as relações entre os integrantes do FGSM, entende isso como reconhecimento e valorização dos profissionais, e não como submissão dos usuários. São eles que possuem um conhecimento do mundo da política e mediam o acesso e a participação dos usuários à esfera pública de discussão das políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Os chamados “técnicos” do FGSM (profissionais de saúde) eram professores de

universidade antes de serem militantes, possuindo conhecimento científico e sendo capazes de mobilizar muitas pessoas na causa. Os usuários do FGSM são os que repassam informações e fazem a mediação com outros usuários que não participam do movimento.

Se, por um lado, há uma hierarquia interna no FGSM, com os profissionais de saúde em posição privilegiada em relação aos usuários, a formação institucional desse grupo estratégico permite que ambos saiam beneficiados dessa ligação. A participação de usuários agrega capital simbólico para os profissionais de saúde, assim como para os usuários é importante obter os capitais científico, político, econômico e social das associações profissionais ligadas ao Fórum. Sua união possibilita que o discurso desses grupos fique mais forte diante da Secretaria Estadual de Saúde, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e de outros grupos opositores.

Os usuários representam um grupo relativamente autônomo dentro do Fórum e estão aliados estrategicamente a profissionais e outros grupos, como uma forma de agregar capital simbólico, agregando legitimidade ao discurso de seus aliados frente aos grupos opositores e para ter suas demandas atendidas pelo estado, pois não dispõem de influência político para bancar suas reivindicações frente ao estado de maneira autônoma.

Os trabalhadores também detêm maior poderio econômico do que os usuários, sendo muitas vezes custeados pelas secretarias municipais de saúde para participar dos eventos. Os usuários dos serviços de saúde mental do SUS possuem pouco capital econômico, sendo que os do interior não têm condições de custear o valor das viagens para participar dos encontros. Até mesmo dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental o fator econômico é um dos principais instrumentos para participação. Em certas ocasiões, os agentes não dispõem de tempo ou de recursos financeiros para participar ativamente do Fórum. Esse constitui um dos argumentos para manter alguns atores como seus “porta-vozes”.

Há também uma subdivisão dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental entre aqueles que são considerados mais radicais e os mais moderados. Os mais radicais exigem uma reforma psiquiátrica mais profunda e de modo mais imediato, dando menos espaço para o diálogo e a negociação com os grupos mais conservadores. Já os mais moderados acreditam em outras formas de resistência e atuação dentro do movimento em oposição aos grupos contrarreformistas. Eles defendem a participação do Fórum mesmo em ambientes mais hostis, como o Comitê Estadual de Combate ao Crack, criado por pessoas ligadas ao grupo de contrarreformistas.

Em 2007, ano em que o Sindicato Médico lançou a campanha *Loucura é falta de leitões!*, outros agentes têm participado mais ativamente do campo da saúde mental. A campanha do

SIMERS deu visibilidade ao campo da saúde mental, focando principalmente na suposta falta de leitos psiquiátricos como uma das consequências nocivas da reforma psiquiátrica no estado. Ela também abriu espaço para a posterior discussão da “epidemia de crack” no estado. Deste modo, vários grupos passaram a efetuar ações – como campanhas publicitárias, organização de discussões sobre o tema – ora mais ou menos independentes, ora em parceria com alguns agentes já estabelecidos no campo da saúde mental. Surgiram campanhas e eventos sobre a temática de álcool e outras drogas, em especial o crack. Em 2009, o Grupo RBS lançou a campanha *Crack Nem Pensar!*, com reportagens nos veículos de comunicação do grupo, debates com especialistas e propagandas na televisão, no rádio e na internet para chamar a atenção para o tema. No mesmo ano, a Associação do Ministério Público (AMP/RS) lançou a campanha *Crack – Ignorar é o seu vício?*, também relacionada ao crack e ao uso de álcool e outras drogas.

Em 2010, criou-se o Instituto Crack Nem Pensar, inspirado nestas duas campanhas e gerido por várias instituições, entre elas a Fundação Maurício Sirotski Sobrinho (mantida pelo Grupo RBS), a Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul (AMP/RS), a Associação do Ministério Público de SC, a Associação dos Juízes do RS, a Associação Catarinense de Magistrados, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Santa Catarina. Estas campanhas relacionadas ao crack passaram a chamar cada vez mais a atenção da sociedade civil. Com isso, o campo da saúde mental passou a ter a participação de instituições como o Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (Sesi-RS), que organizou em 2011 o *Seminário Estadual Crack, Não Condene Sua Vida*.

Em geral, os meios de comunicação são bastante importantes no campo da saúde mental, divulgando informações sobre o sistema de saúde através de reportagens. O jornal Zero Hora, vinculado ao Grupo RBS, é o jornal do Rio Grande do Sul e o que mais influencia o campo da saúde mental também. Os jornais Correio do Povo e Jornal do Comércio, também publicam reportagens relativas à saúde mental.

O Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN-RS) e o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN-POA) também tornaram-se atores fundamentais nas políticas públicas de saúde mental no Rio Grande do Sul. Compostos por 8 representantes de Órgãos do Poder Público (entre eles, representantes da Secretaria da Justiça e Segurança, da Secretaria da Saúde, da Secretaria da Educação, entre outros) e 16 representantes da Sociedade Civil Organizada, os conselhos atuam na área da saúde mental criando estratégias para o enfrentamento das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, em especial o crack.

Nem todos estes agentes aqui citados irão aparecer nos próximos capítulos, uma vez que estamos focando em um aspecto parcial da reforma, qual seja as estratégias utilizadas e as resistências oferecidas pelos grupos que são contra a reforma. Além disso, muitos outros grupos atuam no campo da saúde mental, na intersecção entre outros campos (campo jurídico, campo político, etc.) e arenas setoriais específicas (drogadição, infância e adolescência, entre outras). No entanto, é importante mapear o campo da saúde mental no Rio Grande do Sul de modo possamos situar o leitor nas correlações de força em que os agentes estão inseridos.

3.3 As coalizões no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul

Estes agentes não estão simplesmente dispostos no campo da saúde mental. No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, há dois campos discursivos (a psiquiatria e a saúde mental) e dois grandes grupos (reformistas e contrarreformistas) que disputam entre si, respectivamente, a definição do discurso legítimo em relação à doença mental e das políticas públicas em saúde mental. Eles formam o que Sabatier e Weible (2007) chamam de coalizões de defesa. As coalizões de defesa são grupos que se formam em torno de áreas das políticas públicas e que se distinguem pelos seus valores, suas crenças, suas ideias e pelos recursos de que dispõem. Elas vão dividir o campo da saúde mental.

Nesta abordagem, mais do que a ação estratégica, são as crenças que mantêm as coalizões unidas. Os sistemas de crenças dos agentes¹³ são incorporados em sua socialização primária, o que os motiva a traduzi-las em políticas públicas. As crenças podem envolver: a) as convicções normativas e pressupostos ontológicos sobre temas como a natureza humana, valores fundamentais como liberdade, igualdade e visão do estado contra mercado e a tradicional escala direita/esquerda (crenças de núcleo profundo ou *deep core beliefs*); b) os valores políticos diferentes, a relativa autoridade dos governos e mercados, o papel do público em geral nas decisões, os eleitos, os civis, os especialistas e a seriedade e as causas dos problemas como um todo (crenças de núcleo político ou *policy core beliefs*); c) ou mesmo podem ter um escopo relativamente limitado, se referindo a detalhes de como as políticas deveriam ser implantadas como, por exemplo, o modo que deveria ser executada a aplicação do orçamento para um ou outro programa (crenças secundárias ou *secondary beliefs*).

Os agentes dentro de um campo que envolva políticas públicas tendem a se aliar em

¹³ Sabatier e Weible (2007) usam o termo “participantes de um subsistema de políticas públicas”. No entanto, aqui usaremos a expressão “agentes” sempre quando houver a referência.

coalizões, muito em função do que Sabatier e Weible (2007) chamam de “*devil shift*”¹⁴. Trata-se da tendência de caracterizar seus oponentes como menos confiáveis e mais poderosos do que eles realmente são. Este fato seria um dos motores que faz com que os agentes se unam em coalizões para derrotar seus adversários. As crenças e o comportamento dos atores sociais são incorporados com redes informais de sociabilização e eles tentam traduzir componentes de seus sistemas de crenças em políticas públicas, antes que seus adversários façam o mesmo. Assim, os agentes precisam procurar aliados, dividir recursos e desenvolver estratégias complementares. O *devil shift*, ao exacerbar o poder dos adversários, motiva os aliados a cooperarem entre si para derrotar seus oponentes. Dessa forma, ocorrem alianças entre agentes que possuem crenças mais ou menos similares em vários níveis de ação. Se isso envolver certo grau de coordenação de ação, trabalhando junto na consecução de determinados objetivos, tem-se então uma coalizão de defesa (Sabatier e Weible, 2007).

Os custos em uma coalizão de defesa são relativamente baixos, uma vez que distribuídos entre indivíduos que compartilham crenças e desenvolvem um alto grau de confiança. A percepção de recepção dos benefícios por parte das coalizões é alta, principalmente devido ao *devil shift* que amplifica não só os ganhos mas também as perdas dos oponentes. A noção de coordenação de ação nesta teoria é bastante ampla, envolvendo diversos níveis. Elas podem ser tanto grandes planos de ação em conjunto, como ações mais ou menos independentes. As ações relativamente independentes permitem que se unam agentes com impedimentos legais de manterem ações coordenadas (Sabatier e Weible, 2007).

Cabe salientar que nem as coalizões nem as crenças são estanques. Sabatier e Weible (2007) também fazem uma distinção entre crenças maiores (que modificam as crenças políticas) e menores (que modificam crenças secundárias). As crenças mais profundas ou políticas são mais difíceis de se modificarem através deste tipo de aprendizado, uma vez que são geralmente normativas ou dadas *a priori*. Já as crenças secundárias são mais suscetíveis de mudança. O conceito de aprendizado orientado-pela-política (*policy-oriented learning*) alerta que modificações no modo de pensamento ou de agir podem resultar da experiência do ator ou de novas informações disponíveis, que são relacionadas com a modificação ou revisão dos objetivos políticos.

Por fim, deve-se observar que o conflito entre coalizões não é necessariamente eterno. Alguns fatores podem levar as coalizões a negociarem suas posições, fundindo-se ou extinguindo-se. Entre eles, os altos custos políticos e a disposição de fundos e recursos. Entretanto, quando os

¹⁴ Significa algo como a tendência de “demonização” dos oponentes, mas por ser uma expressão de difícil tradução, deixarei o termo no original, em inglês.

interesses entre os grupos são muito divergentes, as negociações podem ser perda de tempo, afinal, alguns agentes consideram que certos valores não são negociáveis (Sabatier e Weible, 2007).

A partir deste quadro conceitual, podemos dizer que temos no Rio Grande do Sul duas coalizões que disputam não somente cargos e postos, mas também a definição de políticas públicas e tentam estabelecer a legitimidade de seu discurso em relação à doença mental, fundadas em crenças, ideias e valores. Temos de um lado os que atuam apoiando a reforma psiquiátrica e seu aprofundamento e, de outro, os que agem contra ela. Atuando a favor da reforma psiquiátrica, o núcleo central da coalizão é formado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental e pelo Conselho Regional de Psicologia e seus aliados, que pressionam o estado para a redução ou extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e para a criação de serviços substitutivos de atendimento ambulatorial em saúde mental. Eles não buscam somente a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas também crêem que é necessário que haja uma mudança social e política. Estes grupos contestam as instituições psiquiátricas e o discurso do médico especialista, questionando sua autoridade sobre o tratamento aos portadores de doença mental. Ainda podemos incluir neste grupo o Conselho Regional de Serviço Social, o Conselho Regional de Enfermagem, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, entre outras instituições de menor poder relativo (Ruszczyk, 2008; Dias, 2007).

Atuando contra a reforma, os principais grupos são o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul que, aliados a outros grupos menores, defendem a disciplina psiquiátrica e lutam pelo aumento de serviços de atenção a saúde mental, em especial a criação de leitos em hospitais gerais e psiquiátricos. Eles acusam os demais grupos de profissionais atuantes na área da saúde mental de atacarem os psiquiatras para ocupar seus cargos e de manipular a opinião dos usuários em troca da não-internação (Ruszczyk, 2008; Dias, 2007).

Mas as duas coalizões principais que se formaram em relação a saúde mental não estão unidas apenas por interesses materiais ou interesses corporativos na criação de serviços de um ou outro tipo. Elas estão fundadas em crenças políticas (*policy core beliefs*), como a sobre a necessidade da manutenção dos hospitais psiquiátricos ou da internação compulsória de usuários de drogas, e valores profundos (*deep core beliefs*) ligados a questões relacionadas aos debates sobre direitos humanos e à reforma sanitária, mantendo unidos em coalizões grupos que possuem estratégias de ação e valores secundários diferentes. As crenças políticas podem ser a cola mais firme para unir e manter as coalizões, uma vez que agrega os indivíduos em disputas tangíveis. Os participantes tentam compatibilizar este nível de crenças de acordo com os seus sistemas de crenças

do núcleo profundo, apesar de não necessariamente ter que existir uma correspondência entre as crenças profundas e as crenças políticas, uma vez que as crenças políticas são muito mais negociáveis conforme as circunstâncias.

O conceito de poder simbólico de Bourdieu (2001) destaca uma importante dimensão das disputas envolvendo a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Não se trata apenas da discussão sobre a definição de uma política, mas também sobre quem fornecerá as regras do jogo no campo da saúde mental. Ambas as dimensões estão igualmente intrincadas. A conquista puramente simbólica é inócua sem uma política pública que dê conta de colocar em prática tais ideias. Ao mesmo tempo, uma política pública sem a adesão dos que participam do campo provavelmente não funcionará. Sendo assim, as coalizões se confrontam para definir como deve ser o tratamento em saúde mental, o que passa por uma dimensão material (como serão as diretrizes das políticas públicas) e uma dimensão simbólica (quem pode falar com legitimidade sobre o assunto).

Portanto, não é somente no universo da política que temos uma divisão entre dois grupos antagônicos. Vinculados aos dois grandes grupos políticos encontramos dois campos discursivos que vão fornecer as bases para os discursos políticos sobre a doença mental, compreendendo uma parte importante da dimensão simbólica das disputas. Francisco da Costa Júnior e Marcelo Medeiros (2007) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre os conceitos de loucura no Brasil em revistas e artigos e encontraram dois campos discursivos principais e distintos em torno da loucura, que entram em choque quando tratam de questões teóricas ou de sua aplicação prática: a psiquiatria, que conceitua a loucura como doença médica e a vê assentada em bases orgânicas; e a saúde mental, que possui uma visão mais coletivista e sociológica da doença mental. Enquanto a psiquiatria considera as análises dos autores da saúde mental como não-científicas, os que se posicionam junto à saúde mental rejeitam a concepção psiquiátrica de loucura, considerando não-válidas as teorizações sobre doenças como a esquizofrenia.

Apesar de sua pesquisa ter ficado restrita a bibliografia sobre saúde mental e psiquiátrica, seus achados refletem parte importante das disputas que encontramos no campo da saúde mental atualmente, uma vez que as concepções de loucura dependem muito das concepções de mundo que o suporte teórico fornece ao pesquisador em sua área:

Pressupomos que há um diálogo entre Psiquiatria e Saúde Mental no que tange aos conceitos de loucura, mas que tal diálogo, em termos não ideológico-institucionais, se torna uma rivalização à medida que as concepções de humano das duas áreas se afastam, entre o pólo naturalista da Psiquiatria e o pólo das Ciências Humanas e Sociais na Saúde Mental, até quase ao ponto de constituírem “duas culturas diferentes”: uma permeada pela concepção de mundo das ciências naturais, e a outra permeada pela concepção de mundo das ciências humanas (Costa Junior e

Medeiros, 2007, p.62).

No grupo que lida com o que chamamos de psiquiatria encontramos majoritariamente os psiquiatras e autores que consideram as doenças mentais resultado de alterações orgânicas no cérebro. O tratamento para estas doenças pode variar, mas é sempre prescrito individualmente e está associado ao uso de medicação e de drogas antipsicóticas. Alguns autores vinculados a este grupo possuem uma concepção de mente que coloca o psiquismo humano como um fenômeno oriundo das estruturas somáticas, desencadeadoras dos surtos psicóticos. Nessa perspectiva, o doente mental não teria nenhum controle sobre si ou sobre sua doença, uma vez que a patologia seria determinada biologicamente, baseado nos estudos da segunda psiquiatria biológica (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

A minha posição é uma posição clássica, do ponto de vista técnico. Do ponto de vista médico, quando é que se interna uma pessoa? Quando ela se encontra em estado psicótico. O estado psicótico se caracteriza por quais indicações? Principalmente três: primeiro, ele é atingido nas suas características de personalidade. A pessoa se modifica do ponto de vista da personalidade. Segundo, ela perde contato com a realidade. Ela não sabe mais o que está dizendo, diz coisas sem nexos. Terceiro, ela não reconhece sua própria doença. Ela apresenta manifestações patológicas com relação as duas variáveis anteriores que eu citei. E tem uma terceira, que é muito importante, que a própria pessoa que não acha que está precisando de assistência ou que está doente. Então tu conversa com esta pessoa e ela diz: “Não, eu estou muito bem. Eu sou Napoleão e eu acho que estou muito bem. Eu quero é conquistar o mundo”. E a pessoa então se acha muito bem, não se acha doente. Então esta é a pessoa que está em estado psicótico (Depoimento de Ricardo Silva¹⁵).

Para este grupo, a revolução psicofarmacológica, os avanços nos estudos neurológicos e genéticos em saúde mental, a descoberta das técnicas não-invasivas para detectar alterações cerebrais e a diminuição do número de internos modificou a estrutura dos hospitais psiquiátricos. Eles não são mais como eram os manicômios estudados por Goffman e Foucault, locais onde os doentes mentais eram abandonados e o poder médico exercido no limite de sua autoridade (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

Desde a antipsiquiatria, a psiquiatria mudou. Não adianta vir com um argumento de 1950. É de hoje. Hoje a psiquiatria é outra. Não adianta argumentar que o Foucault diz isso, diz não sei o que. Isso é da época do Foucault. Aquela época do Foucault passou. (...) A psiquiatria hoje dispensa hoje em grande parte a internação. O cara é doente mental, botar no manicômio, isso não é mais psiquiatria. Isso um dia foi (Depoimento de Bruno Maia¹⁶).

O papel da psiquiatria nesta perspectiva é mostrar o que há de verdade na loucura, uma

¹⁵ Nome fictício. Psiquiatra, diretor do SIMERS, entrevista em 5 de setembro de 2011.

¹⁶ Nome fictício. Psiquiatra, diretor do CREMERS, entrevista em 17 de outubro de 2011.

doença baseada em conhecimento médico que deve ser tratada de modo científico, separando-a da concepção do senso comum, que supostamente a vê de forma distorcida (Costa Júnior e Medeiros, 2007). A psiquiatria compartilha a ideia de que a visão sobre os transtornos psiquiátricos do grupo da saúde mental é puramente ideológica e não técnica, como a fornecida pela psiquiatria.

Tu verificar que uma pessoa está intoxicada pela cocaína e portanto apresentando um estado psicótico e tu dizer que não vê problema nenhum, que tu pode continuar usando teu veneno, que dá felicidade, que dá agilidade mental e todas as coisas que dizem a respeito das drogas. E tu fica na tua casa, sem problema, e tu não precisa do hospital, não precisa ser internado. Isto é uma visão ideológica a respeito da doença mental e portanto incorreta. É um crime (Depoimento de Ricardo Silva).

Caberia à psiquiatria fornecer os elementos para que o indivíduo possa restabelecer o controle sobre si através de técnicas terapêuticas, asilares ou químicas. A psiquiatria seria, portanto, fundada em um ato humanístico, que permitiria melhores cuidados ao doente e até mesmo sua cura, atenuando ou acabando com a exclusão social, considerada como consequência da doença e não do tratamento. O hospital psiquiátrico seria o local mais propício para a realização da terapêutica (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

Então, frente ao médico que encontra uma pessoa deste tipo, ele tem uma atitude correta, inclusive do ponto de vista ético. O que é a internação? É colocar esta pessoa numa instituição que a abrigue. Em boas instalações, as melhores possíveis e as mais adequadas, para que esta pessoa não possa fugir, visto que ela pensa que está sendo presa. E que esta pessoa possa ser tratada com os medicamentos que existem. E que essa pessoa seja avaliada diariamente para que depois de um certo tempo apresente as condições de que pode ter alta. Este é o tratamento clássico. Sempre foi assim. E com o advento dos medicamentos em psiquiatria a facilidade de tratamento psiquiátrico se tornou muito maior (Depoimento de Ricardo Silva).

Hoje, a expressão saúde mental está relacionada à reforma psiquiátrica e serve para denotar um afastamento da figura médica da doença e para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (Tenório, 2002). No grupo identificado com o campo discursivo da saúde mental encontramos, no Brasil, os apoiadores da reforma psiquiátrica. A saúde mental como um campo discursivo é teorizado pela área das ciências humanas e disciplinas como a Enfermagem, a Psicologia, a Terapia Ocupacional e por dissidentes da Psiquiatria, com base na antipsiquiatria. Há uma rejeição das explicações biológicas da loucura (ainda que não neguem explicitamente que possa haver alguma relação biológica com as doenças mentais), uma preocupação pelos elementos sociais da doença e uma crítica à institucionalização que os doentes mentais são submetidos (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

É que nessa minha trajetória de vida, desde a academia até o início com os usuários, eu conheci muitos lugares, muitas pessoas e quando eu digo lugares eu

quis dizer manicomial. Tive fora do estado e do país em instituições totais e a gente vê os horrores que ainda existem. É muito difícil concordar com esta proposta de cuidado institucionalizante. Eu acho que não tem coerência. A lógica do manicômio é uma lógica que já serviu, que foi utilizada no século XIX pela sociedade. Essa lógica excludente já não cabe mais. Nós estamos no século XXI. Tem todo um avanço da psicologia, da medicina e da ciência e da sociedade mesmo que é impossível tu pensar que ainda as pessoas precisem ser enclausuradas, trancafiadas, para serem tratadas (Depoimento de Fernanda Aguiar¹⁷).

Inspirados na antipsiquiatria e suas variações, para a área da saúde mental a doença mental não é vista apenas em sua dimensão de sintomas e remissão de sintomas, mas tratada como uma questão que envolve toda a existência do sujeito e suas experiências, abrangendo questões subjetivas (como as relações interpessoais e as manifestações da doença) e questões objetivas (como o trabalho, a renda e a sua moradia). Deste modo, desloca-se o tratamento da doença, como uma entidade autônoma e de domínio exclusivo da categoria médica para o doente, sujeito de seu próprio tratamento e que envolve uma gama muito maior de participantes. É a chamada “clínica ampliada” (Tenório, 2002, p. 40).

Ninguém nega a necessidade de internação, ninguém nega que psicótico, doente mental, entra em crise e vai precisar de suporte. É uma doença crônica, vai precisar de medicação, vai precisar de suporte... precisa ter recurso na hora da crise. O problema é a gente achar que isso se resume a ele ter medicação e internação na hora da crise. E todos os cuidados com a vida e com a saúde mental ao longo da vida que não podem ficar resumidos a uma internação em crise? Tem que ficar muito mais distribuídos na prevenção da crise, no espaçamento da crise e aí depende de cada doença (Depoimento de Silvana Chagas¹⁸).

A internação hospitalar, em especial a compulsória (sem o consentimento do internado), é vista como mais um momento da exclusão e da repressão que o doente mental é submetido na sociedade. Ao invés de pensar que o diagnóstico facilita o tratamento e diminui a exclusão social, a concepção da loucura da saúde mental leva em consideração a estigmatização e suas respectivas consequências sociais. Para ela, o doente mental carregará consigo uma marca, sendo sempre visto como o “louco” após ser internado e diagnosticado – muitas vezes apoiado no determinante biológico.

E fora toda a perda de habilidade que estas pessoas tiveram. De perder o contato com a vida no dia a dia, de sair, de caminhar, de poder se gerenciar, de poder escolher que roupa vai vestir, o que vai comer, quando vai tomar banho, quantos cigarros vai poder fumar por dia. As pessoas perdem isso dentro do manicômio.

¹⁷ Nome fictício. Psicóloga, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, entrevistada em 16 de maio de 2011.

¹⁸ Nome fictício. Psicóloga. Professora de Universidade Federal do Rio Grande do Sul e consultora do Ministério da Saúde, entrevistada em 30 de agosto de 2011.

Isso para mim é inconcebível. Eu acho que a reforma psiquiátrica, ela vem pra poder mudar este cenário. Para construir outra coisa, que não este cuidado dentro de uma lógica manicomial (Depoimento de Fernanda Aguiar).

A psiquiatria tem papel-chave neste esquema de repressão e exclusão, pois é ela que fornece o discurso científico do diagnóstico e o discurso humanista da hospitalização. Aos profissionais da saúde mental, cabe fornecer as condições para o resgate da cidadania e da autonomia dos indivíduos (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

Eu entendo isso primeiro como uma questão corporativista. No momento que tu começa um trabalho de rede, interdisciplinar pressupõe que desse jeito na integralidade, que é o pressuposto do SUS, olhar corpo, mente, tem doenças físicas, tem doenças psíquicas. Tu não pode achar que uma única categoria da saúde ou da ciência vai dar conta desse cuidado. Especialmente quando a gente fala com pessoas com algum tipo de transtorno mental. Essas pessoas precisam de um olhar integrado, integral para serem cuidadas e para serem atendidas. E no momento que tu diz que somente uma categoria pode fazer isso tu vai estar limitando demais o atendimento. E neste sentido se tu pressupõe um cuidado integral tu pressupõe mais de uma visão, equipes multidisciplinares construindo horizontalmente planos terapêuticos, sentando com usuários. E a medicina é muito restritiva, é muito autocentrada. Não é uma questão de desvalorizar, mas é uma questão de não saber compor. Não desejar compor (Depoimento de Fernanda Aguiar).

Há ainda um terceiro campo discursivo – de menor abrangência – no qual uma primeira impressão do segundo grupo poderia nos fazer pensar que sintetizaria a discussão e que seria uma parte ligada à saúde mental que revisitaria os conceitos da psiquiatria, atualizando os equívocos e os substituindo pelos recentes avanços da ciência. Mas esta hipótese somente é válida se partimos do ponto de vista psiquiátrico. O que se vê neste grupo é principalmente um discurso com base psicanalítica, que, apesar de não aceitar a conceituação e o método psiquiátrico atual, aceita ao menos em parte sua classificação nosológica, como os diagnósticos de psicose e de esquizofrenia. Eles adotam definições antropológicas ou sociológicas da definição das doenças, mas as enquadram nas classificações clássicas de patologias da psiquiatria. Isto ocorre principalmente porque a psicanálise de Freud introduziu a dimensão psicológica aos fenômenos psiquiátricos sem, no entanto, rejeitá-la completamente (Costa Júnior e Medeiros, 2007).

Claro que, apesar de distintos, estes campos discursivos possuem pontos de intersecção entre si. O campo psicológico acaba por ser um destes lugares de contato, pois na psiquiatria pode ser considerado o *locus* da doença mental, enquanto a saúde mental o vê como o ponto de interiorização das estruturas sociais. Ainda assim,

[...] parece mesmo que suas concepções de ser humano são mutuamente excludentes, há um choque de “culturas” ou de concepções de mundo, com alguns poucos pontos de diálogo. Dito de outro modo e utilizando a linguagem filosófica,

também as teorizações dessas duas áreas tornaram-se elas próprias hermenêuticas ou mesmo ontologicamente distintas, estranhas e inacessíveis uma à outra (Costa Júnior e Medeiros, 2007, p. 77).

Esta divisão, que vem do debate entre a psiquiatria e a antipsiquiatria, é reproduzida no Rio Grande do Sul, se analisarmos os discursos nas arenas políticas na área da saúde mental dos psiquiatras e dos outros profissionais da saúde. Vinculado ao grupo contrarreformista, o discurso da psiquiatria se materializa principalmente através da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e dos professores dos cursos de psiquiatria. Já o discurso que se vincula à saúde mental é o adotado pelos reformistas, incluindo os integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, os professores dos cursos de psicologia, serviços social, entre outros. Estes agentes, em ambos os lados, são os que possuem o maior capital científico e que fornecem as bases para os discursos dos grupos reformistas e contrarreformistas.

Mas nem todos os agentes do campo da saúde mental fazem parte ou estão conscientemente aliados a uma ou a outra coalizão. Alguns agentes participam de ações reformistas ou contrarreformistas, agindo de modo mais ou menos coordenado com seus aliados, mas não compartilham com eles das mesmas crenças. Eles são acionados e participam do campo da saúde mental através de redes. Redes de políticas públicas são redes de relações sociais entre atores com comunicação mais ou menos regular e constante, permitindo o surgimento de confiança e valores comuns compartilhados entre seus integrantes mas que se mostram não tão formais e organizadas como na forma de instituições e que dão certa coordenação ao comportamento coletivo (Silke e Kriesi, 2007).

Kenis e Schneider (1991) definem as redes como estruturas predominantemente informais, descentralizadas e que estabelecem relações horizontais que penetram na estrutura estatal. Deste modo, o processo político não é mais estruturado apenas pelos arranjos formais e institucionais, revelando que as fronteiras entre as esferas do estado e da sociedade civil, do público e do privado, do formal e do informal constantemente se misturam. Assim, a abordagem de redes leva em consideração grande variedade de atores e permite perceber que os atores não mais individualizados e atomizados, mas mutuamente interligados.

A abordagem das redes de políticas (*policy networks*) desenvolvida por Silke e Kriesi (2007) considera as redes mais como uma ferramenta analítica do que uma teoria propriamente dita. Ela ajuda a identificar, por exemplo, as estruturas das coalizões nos diferentes subsistemas de políticas. Tratando especificamente de políticas públicas, Sabatier e Weible (2007) consideram que as redes são formadas porque os participantes vão atrás de alianças para conseguir uma gama bastante

variada de recursos. Entre estes recursos, podemos destacar:

- *Autoridade legal*: os atores em posição de autoridade legal são membros em potencial de coalizões, pois eles agregam participantes e são uma importante fonte de recursos para seus aliados. Uma das mais importantes ferramentas para uma coalizão ser dominante é contar com membros em posição de autoridade legal.

- *Opinião Pública*: o fato de dispor de opinião pública favorável a uma coalizão é também fonte de recursos para os agentes, que costumam disputá-la de diferentes maneiras. Por este motivo, as coalizões procuram agregar pessoas relacionadas à mídia que possam ajudá-los a moldar a opinião pública conforme seus interesses.

- *Informação*: informações sobre a severidade dos problemas, suas causas, seus custos e os benefícios das alternativas políticas são importantes ferramentas utilizadas pelas coalizões em batalha contra os concorrentes. Jornalistas e pesquisadores são os agentes que mais podem fornecer este tipo de recurso.

- *Mobilização de tropas*: a capacidade de fazer as pessoas se engajarem em atividades políticas, como demonstrações públicas e eleitorais, ou levantamento de fundos, constitui outro recurso importante. Pessoas com extensa rede de contatos tendem a ser disputadas entre as coalizões.

- *Recursos financeiros*: recursos financeiros ajudam principalmente a conseguir outros tipos de recursos, funcionando para mobilizar tropas, angariar informações (financiando pesquisadores), modificar a opinião pública (anúncios em jornais e televisão), entre outros.

- *Capacidade de liderança*: é fundamental contar com líderes capazes de criar uma visão atrativa da coalizão, usar estrategicamente e atrair recursos para a coalizão. Estes empreendedores podem ser muito disputados por coalizões.

A partir desta perspectiva, podemos pensar que agentes do campo da saúde mental não são necessariamente fixados em uma ou outra coalizão, mas que são acionados pelos grupos quando necessário para obtenção de recursos e por compartilharem valores, crenças ou posições políticas sobre uma ou outra questão, tornando-se assim parte da coalizão (em um sentido mais abstrato). Entre estes agentes que são acionados pelas redes, estão instituições e diversos atores individuais que possuem vínculo com instituições (não necessariamente as representando nas arenas políticas), mas que podem ser importantes aliados, como promotores públicos, jornalistas e pesquisadores.

Deste modo, as coalizões se completam pelos recursos oriundos da ação destas redes. No Rio Grande do Sul, formam a rede contrarreformista junto ao SIMERS, o CREMERS, a

AGAFAPE, a AMP/RS, o Grupo RBS (ligado ao Instituto Crack Nem Pensar e a Zero Hora), a SADOM, os representantes das comunidades terapêuticas no estado, entre outros. As instituições dirigidas por médicos são também geralmente acionadas pela rede contrarreformista, como a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, a Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul e diversas clínicas e hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, com destaque para o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Hospital Espírita de Porto Alegre.

Os conflitos e dissensos também fazem parte das coalizões, mas geralmente são atenuados pelo interesse em agregar capital e recursos no embate com os adversários de outras coalizões (*devil shift*). Um dirigente do CREMERS, quando indagado se atuava em parceria com o SIMERS em questões relativas à reforma psiquiátrica afirmou:

O SIMERS é mais radical, mais anti-reforma psiquiátrica. A gente atua junto em coisas básicas, quando o Sindicato denuncia que ali no Hospital São Pedro tem más condições de atendimento. Isso aí eu também concordo (Depoimento de Bruno Maia).

Mesmo dentro do núcleo mais duro destas coalizões, não necessariamente temos o mesmo tipo de engajamento entre os agentes. A ação através de redes informais é mais comum, apesar da aproximação ocorrida nos últimos anos desde que iniciaram as campanhas contra a epidemia de crack.

Sobre este aspecto a gente não tem um associado que seja interligado com o SIMERS. No CRM¹⁹ a gente tem uma pessoa geralmente indicada pela Associação para assumir a câmara técnica. Mas só assim. O que a gente fez é uma aproximação. Até estes tempos a gente fez uma reunião com o presidente. E a ideia que eu tenho é que nunca houve uma aproximação. E agora a gente está podendo trabalhar junto, tanto que a gente está tentando aproveitar e fazer uma campanha de alerta para a população com a questão de drogas e maconha. E saiu um “à pedido”²⁰ do SIMERS que o Argollo me pediu para dar uma olhada para ver se estava bem escrito. Eu acho que as aproximações são desse nível, mas a gente trabalha em conjunto? Não (Depoimento de Liliana Souza²¹).

Do lado da coalizão reformista, as redes também mobilizam uma série de agentes, incluindo diversos sindicatos e secretarias municipais da saúde, o Departamento de Psicologia Social da UFRGS, representantes de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos de todo o estado, da Escola de Saúde Pública, a Promotoria de Direitos Humanos do Ministério Público Estadual, entre outros.

Existem inclusive alguns agentes que atuam ora por uma rede, ora por outra, conforme o

¹⁹ Conselho Regional de Medicina.

²⁰ “À pedido” é o termo utilizados para a emissão de um tipo de nota em jornal ou na rádio em que a instituição dá sua opinião rapidamente sobre um assunto.

²¹ Nome fictício. Psiquiatra, diretora da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, entrevistada em 4 de outubro de 2011.

tema em questão. Sobre uma polêmica levantada durante reunião de uma conferência de saúde mental, que envolve o uso do termo “reforma psiquiátrica” (usado pelo movimento antimanicomial) ou “reforma assistencial em saúde mental” (usado pelos contrarreformistas), uma psicóloga do grupo reformista declarou:

E tem companheiros dentro da área da psiquiatria que são a favor da reforma psiquiátrica, do cuidado comunitário e que bloqueiam com o termo reforma psiquiátrica. (...) Eu já fui, assim, severamente criticada dentro do GHC por me referir à reforma psiquiátrica, como em desrespeito aos psiquiatras. E essa é a posição oficial da ABP, que é o correspondente digamos nacional do Sindicato Médico nosso, sob o ponto de vista do embate, da polarização do embate. E o Sindicato e ABP volta e meia fazem editoriais inclusive dizendo que o termo a reforma psiquiátrica já é de saída um desrespeito a classe dos psiquiatras, à categoria profissional (Depoimento de Silvana Chagas).

Temos no Rio Grande do Sul, portanto, duas coalizões no campo da saúde mental que disputam entre si tanto em termos materiais quanto simbólicos e que estão alicerçadas em certas crenças de como as políticas públicas na área deveriam ser implementadas. Essas coalizões não são fixas. Além de historicamente determinadas (sua configuração se modifica conforme o decorrer do tempo), elas também podem variar conforme o que está em jogo, sejam valores ou interesses materiais, e se estendem através de redes, acionadas conforme as necessidades dos agentes. É a partir destas distinções que vamos poder analisar no próximo capítulo as ações consideradas aqui contrarreformistas, como um movimento mais ou menos fluido.

4. DISPUTAS E DEBATES EM TORNO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL

Assim como adotamos uma visão mais abrangente sobre o campo da saúde mental e as coalizões, por conta da ação através de redes, consideramos as ações e estratégias de resistência à reforma psiquiátrica sob uma perspectiva ampla. Na teoria de Bourdieu (1990), os agentes não são apenas partículas passivas das leis do campo e do seu *habitus*. Eles desenvolvem estratégias e resistências visando tanto a transformação ou a manutenção de suas posições e da estrutura do campo em geral. Nessa ótica, não há consenso ou modo de satisfazer a todos os envolvidos em uma disputa. Os interesses variam conforme a situação e aparecem como produto particular de um senso prático historicamente definido, a partir do qual os atores fazem suas escolhas (Bourdieu, 1990). Os interesses diferentes ou antagônicos se originam das distintas posições dos agentes no campo, alguns empenhando-se em conservá-lo e outros em transformá-lo.

Quanto mais um agente é favorecido no campo, mais tende a conservar sua estrutura e a posição que ocupa. Quanto menos ele é favorecido, mais tende a tentar escapar dos constrangimentos que sofre no campo e modificar o modo como as relações estão estruturadas. Assim, a resistência (Bourdieu, 2004) ganha um duplo sentido. Tanto pode significar a resistência às imposições dos grupos dominantes, quanto pode designar a resistência dos grupos em posições de vantagem social em relação às tentativas dos insurgentes de modificar o campo. A palavra resistência, no campo da saúde mental, costuma ser usada principalmente pelos grupos reformistas para designar o enfrentamento com os grupos contrarreformistas na manutenção da reforma psiquiátrica. Entretanto, como estamos interessados nas ações dos grupos contrarreformistas, a resistência vai se resumir exclusivamente à resistência imposta à implementação da reforma psiquiátrica.

A noção de estratégia não implica necessariamente e nem impede a existência de um cálculo racional ou uma concepção ingenuamente finalista da prática (Bourdieu, 1990). Pelo contrário, imbricada no conceito de *habitus*, ela ressalta que os agentes agem orientados para um fim, mas sem necessariamente ser produto de algo plenamente consciente ou uma determinação mecânica. Do mesmo modo, consideramos a influência das crenças internalizadas dos indivíduos nas estratégias e no modo como elas agem, como salientado por Sabatier e Weible (2007).

É partindo dessas premissas que analisarei as estratégias de ação e as formas de resistência à reforma psiquiátrica no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul. Não considero como estratégias contrarreformistas apenas as ações contra a reforma psiquiátrica, até porque são raros os agentes no campo, mesmo na coalizão contrarreformista e sua rede, que assumem tal posição. Alguns se dizem até mesmo favoráveis a lei, como exposto por um médico que constitui uma das lideranças da coalizão contrarreformista:

E aí surge a Lei da Reforma Psiquiátrica, que aqui no Rio Grande do Sul foi em 1992, a Lei Marcos Rolim, e que em nível nacional foi em 2001. A lei psiquiátrica, essa de 2001, é uma boa lei. Ela prevê o atendimento dos doentes mentais, ela prevê todas as circunstâncias que tu possas imaginar. Inclusive estas referentes aos pacientes asilares. Ela não despreza nenhum tipo de paciente e, pelo contrário, ela é positiva neste aspecto. Só que as instituições que deveriam se formar como na origem desta lei, elas não funcionam (Depoimento de Ricardo Silva).

Tendo isto como base, encaro como contrarreformista as estratégias que visem algum tipo de reforma na assistência à saúde mental que ofereçam resistência a quaisquer aspectos da reforma psiquiátrica proposta pelo movimento antimanicomial. Também estão incluídas, nesta concepção, as ações que involuntariamente têm este efeito. Neste sentido, não tenho como pretensão resgatar todas as formas de resistência – visto que são inúmeras nestes quase 20 anos de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul –, mas demonstrar, através de exemplos e casos, a dinâmica e a lógica dos grupos que se opõem ou que oferecem resistência às mudanças propostas pela reforma psiquiátrica.

4.1 Primeiras formas de resistência às reformas nas políticas de saúde mental

Desde seu início, a reforma psiquiátrica sofre resistência, ainda que as relações dentro do campo, as estratégias e as formas de resistência tenham se alterado ao longo do tempo. A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos é uma realidade, mas um processo lento, com avanços e retrocessos. Um exemplo disso é a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que ficou 12 anos em tramitação no Congresso Nacional até ser aprovada em 2001 após sofrer diversas alterações.

Não é de hoje que estas mudanças sofrem resistência, apesar da reação às políticas de saúde mental alinhadas à reforma psiquiátrica ter ganho destaque nos últimos anos por conta do debate em torno do atendimento à população usuária de crack. Já na década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental propunha reformas no sistema de atenção à saúde mental, ainda sem o cunho antipsiquiátrico adquirido posteriormente. Protestavam também contra o regime político vigente no país, que utilizava a psiquiatria como instrumento de repressão aos e tortura dos

presos políticos. Neste período, as formas e os atores que protagonizavam as resistências à reforma no sistema de atenção à saúde mental eram outros. Os agentes insubordinados sofriam dura repressão da ditadura militar. Era comum que opositores ao regime fossem internados em instituições psiquiátricas como um modo de silenciar ou desqualificar os discursos contra a ditadura. Dentro de hospitais psiquiátricos se realizavam sessões de tortura, muitas vezes utilizando equipamentos psiquiátricos, como roupas de contenção e equipamentos de eletrochoque sem anestesia (Amarante, 2000).

Na década de 1980, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passou a tecer críticas mais intensas ao modelo manicomial. Isso gerou as primeiras divergências internas e a separação dos grupos mais moderados, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), iniciando o processo de formação da coalizão contrarreformista em nível nacional. Em 1982 o Brasil adota o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, propondo mudanças no modelo de atenção à saúde mental. Estas mudanças seguem as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que os países adotem políticas de remodelação dos antigos hospitais psiquiátricos, proibam a construção de novos e criem unidades psiquiátricas nas emergências de hospitais gerais. Apesar do avanço que isto representou para os reformistas, a mudança acabou não se estabelecendo de imediato. O modelo hospitalocêntrico continuou a avançar, com o número de leitos psiquiátricos chegando a 105.765 em 1984 (Dias, 2007).

Somente ao final dos anos 1980 é que o número de leitos começou a diminuir e surgiram os primeiros serviços extra-hospitalares como alternativas para a internação psiquiátrica. Neste período foi criado o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica (em 1987) e as conferências nacionais de saúde mental adquiriram contornos antimanicomiais (Amarante, 2000). Mesmo durante estes encontros, os grupos reformistas enfrentaram resistência, principalmente da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que procuravam conferir às discussões nos eventos um caráter mais técnico e menos antimanicomial, estratégia utilizada até hoje pela coalizão contrarreformista.

No Rio Grande do Sul, assim como em nível nacional, as mudanças nas políticas de saúde mental enfrentaram resistência mesmo antes da reforma psiquiátrica ser implementada. O Hospital Psiquiátrico São Pedro não foi somente o foco e o símbolo das políticas de saúde mental no Rio Grande do Sul. A própria criação do Hospital foi em si uma grande mudança na política de saúde mental do Rio Grande do Sul (ainda que não houvesse uma política de saúde mental nestes termos).

Ele foi inaugurado ainda incompleto e sofreu várias modificações tanto na estrutura física, na direção e no modo de tratamento dos doentes. Ainda que fosse consensual a necessidade de reformas no Hospital ao longo do tempo, o modo como elas ocorreram ou deveriam ocorrer sempre foi objeto de discordância. No entanto, somente nos anos 1980 é que estas críticas adquiriram um caráter antimanicomial, influenciadas pela antipsiquiatria (no plano mundial) e pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (no plano nacional).

E foi a partir das mudanças dentro do Hospital Psiquiátrico São Pedro que se iniciou o processo de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Com o início do processo de interiorização na política de saúde mental e da setorização do Hospital na década de 1970, visando diminuir a superlotação do hospício, se formaram as bases do que se tornaria a reforma psiquiátrica, mesmo que estas mudanças tivessem cunho higienista e não antimanicomial. A política de diminuição de internos no Hospital será mantida com o corte do número de leitos na reforma psiquiátrica e a formação de profissionais pela residência multidisciplinar vai alterar aos poucos o padrão da saúde mental como um espaço de monopólio da psiquiatria, diminuindo o poder médico psiquiátrico e abrindo espaço para outras vozes neste processo. Sobre o Hospital São Pedro:

Foi o lugar que nasceu essas possibilidades, consultorias com as escolas, hospital-dia com adolescentes que, ao invés da internação, ficavam no ambulatório. Foi bem interessante. (...) Lá começou a reabilitação profissional, que tem toda uma união. Era uma turma pequena. Claro que na época era outra perspectiva. O grande idealizador foi o Silveira, da administração, e era muito na linha do que hoje a gente chamaria de entretenimento. Não deixar o doente mental ter ideias que possam vir a criar prejuízos para a sociedade. Não era no sentido de emancipação, de protagonismo que tem hoje, como gerador da capacidade humana. (...) É claro que era um pouco nesta perspectiva, mas foi algo que foi importante, relevante, na época (Depoimento de Milena Silveira²²).

É também em relação ao Hospital São Pedro que ocorrem as primeiras dificuldades no processo de realocamento dos pacientes e seu retorno à vida social fora da instituição. Inicialmente, a resistência não foi necessariamente dos médicos com relação à perda de poderes ou privilégios. A tentativa de enviar os pacientes a seus locais de origem, iniciado nos anos 1970, enfrentou enorme dificuldade: encontrar familiares que quisessem receber seus parentes portadores de doenças mentais em casa. Muitas vezes os familiares eram encontrados, mas não tinham interesse em manter o ex-interno, por medo de manter uma pessoa com transtornos mentais em casa ou por achar não ter condições de cuidar do familiar.

Como tu sabe existe também, da parte dos familiares, um certo rechaço pelo

²² Nome fictício. Assistente Social, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entrevistada 10 de agosto de 2011.

paciente, pelo doente mental. Porque o doente mental muitas vezes cria um problema muito sério para as famílias. Então, se a família é pobre, se mora muito longe, muito distante de Porto Alegre, se trouxeram o paciente para Porto Alegre e depois ele não tem consciência daquele grupo familiar, quanto dos problemas que ele criava desapareciam? Então, consciente ou inconscientemente, as pessoas “esqueciam”, entre aspas, este paciente lá no Hospital São Pedro (Depoimento de Ricardo Silva).

Isso também acontecia por diversas outras razões. Ou os familiares não eram encontrados porque a pessoa estava internada há tanto tempo que não tinha mais nenhum contato com a família, ou isso ocorria porque os doentes não sabiam dizer ou escrever seu nome e sobrenome ou porque não houvesse nenhum registro de sua internação que pudesse identificar sua origem. Ainda assim, reduziu-se significativamente o número de internos no hospital de mais de 4 mil em 1965 para menos de 2 mil em meados da década de 1980 (Dias, 2007).

A partir de 1982, no contexto de reforma sanitária na saúde, o Hospital Psiquiátrico São Pedro passou por algumas mudanças no atendimento. Muitos pacientes foram transferidos para o Hospital Colônia Itapuã, foram contratados leitos em hospitais-gerais, pensões, asilos e casas de saúde no interior do estado para atender as demandas regionais. O São Pedro começou a atender pacientes somente da Região Metropolitana de Porto Alegre e não mais de todo o estado. Dentro do HPSP foi criada uma ala exclusiva para os pacientes crônicos, cujas famílias não foram localizadas e que haviam criado uma relação de dependência com o hospital, não tendo condições de viver em outro ambiente sem o auxílio de profissionais (Dias, 2007).

Aos poucos estas mudanças minaram os poderes até então estabelecidos, dando mais espaço para os outros profissionais de saúde atuarem no campo da saúde mental. Psicólogos e enfermeiros passaram a ter um maior poder de decisão dentro das instituições com a ênfase na reabilitação social (Dias, 2007). No entanto, as mudanças mais substanciais, que alteraram as relações de poder e ao mesmo tempo criaram as resistências mais ostensivas a tais transformações, ocorreram com a democratização das estruturas internas do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no período entre 1983 e 1987, na esteira do período de redemocratização nacional.

Em primeiro lugar, em 1984 foi criada a primeira residência multiprofissional em saúde mental do Rio Grande do Sul, agregando médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e até mesmo técnicos de enfermagem. As aulas eram dadas para uma turma que reunia todos estes profissionais na mesma sala, de maneira horizontal, sem uma hierarquia ou separação entre o saber das diferentes profissões.

E lá que ele começou a primeira residência integrada em saúde mental aqui. E foi uma experiência fantástica, porque de fato eram todas as áreas, medicina,

psicologia, serviço social, enfermagem, educação física, artes... em 1984! (...) Eu, do serviço social, dava aula para todos os profissionais, o médico dava aula para todos os profissionais (Depoimento de Milena Silveira).

A redemocratização do São Pedro também passou por uma modificação nos mecanismos internos de seleção de dirigentes do Hospital. Até então as chefias dos diversos departamentos do Hospital eram escolhidas pela direção – sendo, via de regra, médicos. Mas neste período definiu-se que as chefias dos setores deveriam ser escolhidas através de eleições realizadas pelos próprios profissionais do hospital. Somente os cargos de direção continuaram a ser nomeados por indicação política, pela secretaria estadual da saúde. Assim, outros profissionais puderam ser eleitos para os cargos de chefia, como assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos.

Ele desenvolveu, criou, uma estratégia de participação. Então, em todas as unidades de internação a equipe ia escolher o seu chefe. E foi uma barbaridade! E é claro que os médicos foram pouquíssimos que foram chefes. Gente, deu uma confusão! Era uma democratização que nós vivíamos, com a queda da ditadura, movimento da reforma sanitária, começando o movimento antimanicomial (Depoimento de Milena Silveira).

Apesar de tais mudanças terem sido realizadas por iniciativa de um médico – então diretor do Hospital – o grupo que ofereceu mais resistências neste período era composto predominantemente pelos médicos. O CREMERS, órgão responsável por abrir sindicâncias para apurar denúncias de irregularidades na prática médica, foi a principal instituição a se manifestar contrariamente às modificações, abrindo diversos processos contra o diretor do Hospital.

Eu nunca me esqueço de uma cena no corredor que eu estava saindo da sala de coordenação do serviço social e ele: “Ô Milena²³, não sabe da última, tem mais três processos contra mim lá no CREMERS!” Sim, porque imagina o que ele não fazia com os psiquiatras amigos dele, não é? Atormentava. Não concordava com o diagnóstico. "Como é que todo mundo aqui é 296?". 295, 296 do PNB, antiga classificação, psicose-maniaco-depressivo. Daqui a pouco todo mundo era 295, esquizofrenia. Ele ficava louco! Ele fazia jornada científica, fazia debate, era realmente um cara que eu acho muito importante (Depoimento de Milena Silveira).

Entretanto, a abertura destes processos não surtiu o efeito de resistência desejado pelos grupos até então dominantes. Tanto é que em 1990 uma assistente social foi nomeada pelo secretário da saúde como a primeira diretora-técnica não-médica do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Esta decisão também gerou uma série de processos, ações judiciais e protestos, iniciados principalmente pelo CREMERS.

Os médicos diziam que não podia. Os psiquiatras ameaçavam entrar na justiça. Mas não tinha nada de ilegal na ação. A Lei diz que o diretor médico tem que ser

²³ Nome fictício.

médico. Ela era diretora técnica. Então, não puderam fazer nada. A Milena²⁴ ficou com medo, mas eu disse para ela não se preocupar porque se eles entrassem com ação ia durar 20 anos para ser julgado. E nessa época capacitaram muita gente, nessa época. Mais de mil pessoas em vários municípios de todo o estado, em saúde mental, em parceria com o São Pedro (Depoimento de Ângelo Royol²⁵).

Além das ameaças de ser processado por tomar ações de cunho antimanicomial, os funcionários de menor escalão que se manifestavam abertamente contra o modelo manicomial podiam sofrer retaliações, como ser transferido de setor e proibido de visitar outras alas que não a sua de origem. Há relatos de funcionários que foram demitidos por assumir tais posições no período de desinstitucionalização do Hospital São Pedro, conforme mostra a análise abaixo sobre uma reportagem do jornal *Zero Hora* de 1991.

No primeiro subtítulo da reportagem, existe a menção, conforme aponta o registro, sobre três funcionários que foram demitidos, por motivo controverso. Segundo a versão da direção, os contratos estariam vencidos mas, de acordo com os funcionários, um médico, um terapeuta e um professor de educação física saíram por defender o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outras formas alternativas de tratamento (Gomes, 2007, p. 85).

O Hospital São Pedro sempre foi coordenado por um diretor-geral. Em 2011 ocorreu uma mudança nesta estrutura. Hoje a figura do diretor-geral não existe mais. São três diretores: um administrativo, um de pesquisa e um diretor técnico, cada qual responsável pelo seu setor, coordenados pelo Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE). Com isso, o cargo de diretor-técnico ganhou importância dentro do São Pedro. A manutenção da exclusividade de um médico na direção-técnica, que coordena os serviços do hospital, é algo pelo qual os médicos lutam, pois é este cargo que detém o poder de estabelecer as diretrizes do atendimento hospitalar. Novamente aparece a técnica como o grande mote dos psiquiatras. O depoimento de um representante da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul é claro:

Existe uma coisa que nós vamos entrar junto com o SIMERS, que é se por acaso tiver um diretor técnico. A exigência é que tanto no São Pedro quanto no IPF, que tenha um diretor técnico. Existem outros diretores, daí se é médico, se não é médico, se é paciente, não me interessa. O que interessa é que se tem alguém que tem que dar as diretrizes na saúde como técnico na instituição, é o médico (Depoimento de Liliana Souza).

Com a extinção do posto de diretor-geral, porém, o cargo de diretor-administrativo do Hospital também tornou-se objeto de disputas entre as diferentes forças do campo da saúde mental. Em 2011, a atuação de um médico no cargo de diretor-administrativo gerou polêmica. Com a

²⁴ Nome fictício.

²⁵ Nome fictício. Médico, professor da UFRGS, entrevistado em 15 de agosto de 2011.

eleição de um governo petista, simpático às ideias antimanicomiais e que ao mesmo tempo que procura formar um governo de coalizão²⁶, um médico sanitарista foi indicado para ocupar o cargo de diretor-geral. Ele teve o aval, a princípio, tanto dos setores mais radicais e moderados do movimento antimanicomial – por se tratar de uma pessoa historicamente ligada ao Partido dos Trabalhadores (ainda que esteja atualmente em outro partido político, o PSOL) – quanto dos grupos contrarreformistas, por ser um médico ligado à diretoria do SIMERS, principal instituição desta coalizão.

No entanto, este diretor ressaltou que não tinha competência para ser diretor-técnico do hospital por ser um médico sanitарista e não um psiquiatra, assumindo assim o posto de diretor-administrativo, supostamente para suprir as funções do extinto cargo de diretor-geral. Mas o limitado poder do cargo (indicado politicamente) não permitiu que colocasse em prática suas ideias, e sua gestão, que durou apenas alguns meses, não agradou nenhum dos setores. Para os reformistas, poucas ações de cunho antimanicomial foram realizadas, com sua gestão se centrando nas questões políticas e administrativas. Para os contrarreformistas, ele não realizou uma gestão com ações mais firmes em relação aos reformistas.

Seu pedido de demissão provocou uma série de reportagens denominadas “Crise na Saúde”, com reclamações de ambos os lados no principal jornal do estado (*Zero Hora*), abrindo espaço para uma disputa pública entre as duas coalizões para a nomeação do novo diretor e propiciando um espaço para críticas ao modelo antimanicomial. Um dos artigos publicados na sequência deste acontecimento, escrito por um médico psiquiatra forense, também administrador hospitalar, demonstra como o episódio abriu uma “janela de oportunidade” para alguns grupos criticarem a reforma psiquiátrica:

O Hospital São Pedro voltou ao noticiário. Os gaúchos de boa memória lembrar-se-ão não ser a primeira vez que o São Pedro – e seu vizinho Instituto Psiquiátrico Forense, conhecido como IPF – chega à mídia. Infelizmente, mais uma vez, por suas mazelas e carências. O São Pedro, que já foi orgulho dos gaúchos, assim como o IPF – pela criação da Alta Progressiva que humanizou a aplicação do Código Penal, que ainda trata os doentes mentais que praticaram ilícito pelos preceitos de 1940, quando foi redigido – hoje jazem em condições materiais precárias e recursos humanos insuficientes. Por quê? Várias razões: entre elas, pela interpretação inadequada das leis da (mal) chamada “reforma psiquiátrica” (*Zero Hora*, 24 de agosto de 2011).

Mas não foi exclusivamente no Hospital Psiquiátrico São Pedro que a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul ocorreu. Estas modificações passaram pelo crivo da Secretaria Estadual da

²⁶ No sentido lato e não como no modelo de coalizão de defesa.

Saúde desde o início da década de 1980, com o Secretário de Saúde Germano Bonow, ainda que sustentadas pelo discurso sanitarista e não antimanicomial.

Depois em 1982 houve a primeira eleição para governadores direta e a Arena perdeu em quase todos os grandes estados, menos no Rio Grande do Sul, onde se elegeu o Jair Soares. O Jair Soares teve como secretário o Germano Bonow que, apesar de ser da Arena, também era defensor da reforma sanitária. Começou a desinstitucionalização do São Pedro, mandando os pacientes crônicos para Itapuã, um local de pertencimento do estado, onde ficavam os antigos leprosos e para onde foram mandados os loucos. Na época o São Pedro tinha 5.000 pacientes. Mas não era uma reforma psiquiátrica. Era mais uma higienização do São Pedro (Depoimento de Ângelo Royol).

O aprofundamento da reforma psiquiátrica no estado – além do contexto nacional e internacional – passou pelo aval da Secretaria Estadual da Saúde. Na gestão do governador Pedro Simon (PMDB, 1987-1990), foi formada ampla coalizão no Rio Grande do Sul para vencer o candidato da ARENA (Aliança Renovadora Nacional). Com isso, alguns dos líderes do movimento antimanicomial ligados ao PT assumiram cargos importantes na secretaria da saúde, incluindo a coordenação da saúde mental no estado.

Antes mesmo da aprovação da lei da reforma psiquiátrica, o Rio Grande do Sul iniciou o processo de desinstitucionalização e formação de profissionais conforme os pressupostos da reforma, apesar das resistências. A estratégia adotada pelos reformistas foi a de treinar pessoas para lidar com o atendimento ambulatorial e psicossocial nos hospitais gerais e psiquiátricos, principalmente através da Escola de Saúde Pública. Por iniciativa da secretaria, foi realizado o primeiro curso de saúde mental coletiva no estado. Entre 1987 e 1996, foram formados 709 alunos, sendo 556 em cursos de aperfeiçoamento e 153 em cursos de especialização. Muitos profissionais da saúde do interior foram treinados na capital, abrangendo diversas categorias, e não somente os médicos, como ocorria anteriormente. A inclusão de auxiliares de enfermagem sem curso superior nestes treinamentos foi motivo de polêmica:

Aí nós já tínhamos espalhado a questão do que significa de mudança com a reforma psiquiátrica. Saíamos com usuários, fazíamos formação para auxiliar de enfermagem junto, abriram processo contra nós. Como o auxiliar de enfermagem podia fazer curso? Carregava criatura, mandavam a gente para longe. Aí o ódio se espalhou, aí sim que criou-se os inimigos (Depoimento de Milena Silveira).

Os primeiros serviços extra-hospitalares também surgiram neste período. Em 1988, em São Lourenço do Sul, foi criado o Serviço de Saúde Mental Nossa Casa. Em Porto Alegre, em 1990 foi criada a Pensão Pública Protegida Nova Vida, resultado de uma parceria entre o governo estadual e municipal, em que a administração era municipal e as instalações físicas eram do estado

(aproveitando que tanto a coordenação da saúde mental do estado como o governo municipal eram do PT). A Pensão atendeu 53 pacientes de uma clínica particular subsidiada pelo INAMPS que havia sido recém descredenciada.

Lembro do episódio do descredenciamento da Clínica Pinel. Deu um litígio porque não queríamos pagar o convênio com eles. Tínhamos convênio com a Pinel, em que o INAMPS pagava as diárias para a Clínica. Daí o cara da Clínica, o diretor, se irritou e assinou o papel que não queria renovar o convênio pelo preço que nós colocamos. Eles queriam até voltar atrás e eu disse que não. Que já tinha encaminhado a burocracia. E daí cancelaram. Tinham um mês para tirar os pacientes de lá e não sabiam o que fazer com aquela gente. Pegamos então o galpão da Secretaria de Meio Ambiente, limpamos e começamos a construir as camas e tal. E os caras tentando reverter o processo. Deu um mês, todos saíram de lá e foram para esse lugar, que é a Pensão Nova Vida, que existe até hoje (Depoimento de Ângelo Royol).

Além da resistência dos gestores da clínica que não queriam perder as diárias pagas pelo INAMPS, os próprios familiares pressionaram representantes do Poder Legislativo para tentar assegurar que os gestores internassem os pacientes no Hospital Psiquiátrico São Pedro, justamente quando se estava em pleno processo de desinstitucionalização do Hospital. Essa resistência, por outro lado, teve um fator positivo: chamou a atenção da sociedade para a reforma psiquiátrica.

Aí um dia chega um bando de gente no São Pedro, que eram os familiares, senadores e deputados, acionados pelos familiares que estariam na Clínica Pinel. (...) E aí queriam ir para o São Pedro, que era uma área livre, para botar os 50 leitos aí. E nós: não! De jeito nenhum! E como que aí era o Olívio²⁷ prefeito, foi um ambiente muito propício, porque o primeiro ato que a gente conseguiu chamar a atenção foi a Pensão Pública Nova Vida (Depoimento de Milena Silveira).

Houve também dificuldades em contratar profissionais para iniciar o funcionamento da Pensão, uma vez que poucos profissionais estavam dispostos a trabalhar com esta nova modalidade de atendimento, em especial os psiquiatras. A solução foi contar com a boa vontade de voluntários e de pessoas identificadas com a causa antimanicomial.

A seleção de profissionais aconteceu por meio de entrevistas. Ao todo, foram selecionados nove técnicos de enfermagem, dos quais apenas dois permaneceram após a admissão. Nenhum psiquiatra candidatou-se. Não houve outra maneira senão contar com voluntários, familiares, aposentados, marceneiros, oficineiros, entre outros que se prontificaram a ajudar na abertura do serviço. A equipe de profissionais de nível superior contaria com um assistente social, um enfermeiro, um advogado, um pedagogo, um artista plástico e um psicólogo (Cunha, 2010, p. 60).

Foi com as mudanças na gestão do maior hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, com a ainda incipiente criação de serviços substitutivos, com a formação de profissionais habilitados para

²⁷ Olívio Dutra, que era na época prefeito de Porto Alegre pelo PT.

trabalhar com os portadores de transtornos mentais sob uma nova perspectiva e com pessoas do movimento antimanicomial gerindo as políticas de saúde mental em postos de alto escalão do governo estadual e no governo da capital do estado que se desenvolveu a discussão sobre a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.

4.2 O processo de aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica

No início dos anos 1990, o projeto de lei nacional da reforma psiquiátrica já estava em tramitação. Ele serviu como base para o texto do projeto de lei estadual, apresentado pelo Deputado Estadual Marcos Rolim (PT) em 1991.

Nesta época, o Paulo Delgado, que era deputado federal pelo PT de Minas, já havia entrado no Congresso com um projeto de lei propondo a reforma psiquiátrica brasileira. Então entramos em contato com o projeto e pensamos: “É por aqui”. Na hora eu percebi que ali tinha algo importante. Eu tive muito em discussão, com o pessoal do movimento na época, um primeiro projeto. E era um projeto muito simples de reforma psiquiátrica, que a rigor propunha a extinção dos manicômios. O centro do projeto era o prazo para que os manicômios todos fechassem (Depoimento de Paulo Dutra²⁸).

Ainda que um projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica já tivesse sido apresentado, entre 1991 e 1992 foram realizados diversos eventos e debates para discutir a questão da saúde mental, bem como os encontros municipais para a Conferência Estadual de Saúde Mental, para retirar delegados para a Conferência Nacional de Saúde Mental que estava prestes a acontecer. Além disso, o próprio autor da lei conta ter participado de muitas reuniões e eventos, inclusive fora do estado e do país.

Nesta época, o governo do Alceu Collares, ele chama uma conferência estadual de saúde mental que ia tirar os delegados para a conferência nacional que o governo federal estava chamando. Então esta demanda da conferência estadual que o governo assumiu implicou a chamada de conferências municipais também. Eu não sei quantos municípios que fizeram, mas eu acompanhei umas 10 ou 20 conferências municipais em todo o estado. E o centro das conferências era o debate sobre a lei da reforma psiquiátrica. Então nós tivemos um ano de muito debate nos municípios, de muita mobilização, dentro e fora do estado, e um movimento muito forte que fazia passeatas, ia para a rua, fazia eventos, shows, em todo lugar. Isso criou uma grande agitação social e na mídia (Depoimento de Paulo Dutra).

Durante estes eventos os defensores da reforma antimanicomial enfrentaram duras resistências. Como já se sabia da existência e da tramitação do projeto de lei, vários grupos se organizaram, em diversas frentes, para barrar tal iniciativa. Estes embates não ocorreram de forma isolada. Ainda que não tenham atuado plenamente organizados desde o início, os grupos que

²⁸ Nome fictício. Jornalista, ex-deputado estadual, entrevistado em 9 de maio de 2011.

resistiam à reforma psiquiátrica formaram uma coalizão, atuando em redes de modo mais ou menos coordenado. Nas conferências de saúde mental, os debates eram de cunho técnico, com os psiquiatras e os representantes do Sindicato Médico enfrentando psicólogos, assistentes sociais e alguns médicos dissidentes. No plano político, os donos das clínicas privadas se uniram aos setores mais conservadores do governo para barrar o projeto. Nos postos de atendimento de saúde e nos hospitais também havia polêmica, com os profissionais de saúde de um mesmo local se dividindo entre as duas coalizões em formação. No Hospital Psiquiátrico São Pedro, o diretor-geral era favorável à reforma psiquiátrica e o diretor técnico era contra, como evidencia a seguinte análise de uma notícia do jornal *Zero Hora*, de 1991:

A proposta de criar alternativas ao modelo asilar encontrou resistência na área médica, entre proprietários de hospitais e clínicas particulares que recebem verbas do governo e até entre parte dos membros diretores de Hospital São Pedro que se mostraram bem divididos à época do projeto de lei. "Uma loucura. Assim tem sido considerado, muitas vezes, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a extinção progressiva dos manicômios (*Zero Hora*, 18/09/1991, p.47)". E ainda na mesma notícia: "Os hospitais psiquiátricos não podem funcionar como um depósito de doentes", diz Enio Arnt, diretor-geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro". O texto mostra o dissenso sobre o assunto entre os membros da instituição. "A ideia é duramente atacada pelo diretor técnico, Salvador Fernando Filho. "Propor o fim dos manicômios é uma irresponsabilidade, afirma" (Gomes, 2007, p. 73)

O fechamento dos hospitais psiquiátricos incitava a participação no debate dos donos de hospitais e clínicas particulares, financiados em grande parte pelo sistema público, possuindo assim importantes capitais econômico e social. Muitos atribuem a resistência à reforma psiquiátrica ao fato de o estado não mais financiar os hospitais e clínicas psiquiátricas particulares, como no já citado caso da Clínica Pinel. Alguns faziam *lobby* junto aos políticos, inclusive sobre alguns deputados que votaram a lei da reforma psiquiátrica.

O pessoal do PTB tinha muito resistência porque o Zambiasi, por exemplo, eles sempre trabalhavam com os diretores de hospitais para internar gente. O cara precisava de internação ligavam para eles que entravam em contato com o hospital para conseguir a vaga. Então eles deviam favor para os caras. E eles eram contra por causa disso, mas não argumentavam (Depoimento de Paulo Dutra).

Em alguns casos (embora não haja nenhuma confirmação de que isso tenha ocorrido também no estado, o relato cita o processo de tramitação da lei nacional da reforma psiquiátrica), os próprios políticos eram donos destes locais.

Na minha avaliação, não minha mas de muitos, é muito a questão corporativa e de mercado, basicamente isso. Porque pressionam. 93% dos recursos de AIH no Brasil financiavam os hospitais privados psiquiátricos. (...) Era o que na época chamavam

a "fábrica da loucura". Outro senador que mais dificultou a lei, o ACM²⁹, dificultou a aprovação da lei federal. Ele era dono lá em Pernambuco de um hospital com 800 leitos. (...) Então é uma questão de mercado (Depoimento de Milena Silveira).

Além do fechamento dos hospitais psiquiátricos, uma das questões que mais causou polêmica foi a necessidade de o médico ter de notificar o Ministério Público para poder internar os pacientes psiquiátricos. Isso minou o núcleo central do poder médico de definir – sem questionamento – se o paciente necessita ou não ser internado. Apesar da resistência, o artigo que tratava do tema foi aprovado na lei estadual, ao contrário do que ocorreu em nível nacional.

E eu lembro assim de já ter um debate com o Sindicato Médico, desde aquela época e com a questão dos donos de hospitais. Eu lembro de uma polêmica que depois não foi aprovada na lei nacional foi a questão, parece mentira, mas que agora está em voga, que foi a questão da internação compulsória. Da notificação, da obrigatoriedade da notificação da internação compulsória. A nossa lei abre a possibilidade. Quer dizer, a nossa lei regional, a estadual. Ela não dá a possibilidade da internação compulsória sem a notificação ao Ministério Público e a nacional tirou isso. A nacional foi muito abrandada em função do embate que a gente fez (Depoimento de Silvana Chagas).

Desde o início da discussão sobre a criação do projeto de lei da reforma psiquiátrica, o Sindicato Médico e o CREMERS foram os principais agentes à oferecer resistência no plano político. Por outro lado, a Associação Gaúcha de Psiquiatria, que representa os interesses dos psiquiatras, ofereceu menos resistência, se propondo a dialogar com os grupos reformistas e antimanicomiais.

Quem mais brigou conosco foi o Sindicato Médico, mais do que a Associação de Psiquiatria. Tá entendendo? Até hoje, o Rogério que é um psiquiatra que durante anos esteve em reunião e tudo bom, tudo bom, conseguíamos conversar e tudo mais e nunca entrou em briga. Com respeito e tudo. (...) Mesmo hoje, mesmo quando a gente fez todo o processo de criação da lei e mobilização para a criação da lei, quando a gente fez um monte de seminários, atividades, a Associação de Psiquiatria estava conosco, ao nosso lado (Depoimento de Milena Silveira).

Isso ocorreu em parte porque a Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul era presidida por um psiquiatra que demonstrava certa simpatia pelas ideias antimanicomiais, na época da discussão sobre a lei da reforma psiquiátrica estadual. Como ex-professor da medicina da UFRGS e por muito tempo tendo trabalhado em um hospital geral (o Hospital de Clínicas de Porto Alegre), ele ainda hoje defende a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Para ele, a internação em hospital geral seria benéfica tanto para o paciente psiquiátrico quanto para os outros pacientes do hospital geral. Assim, não haveria necessidade da existência de hospitais psiquiátricos, até mesmo devido aos avanços tecnológicos da própria psiquiatria.

²⁹ Antônio Carlos Magalhães, ex-senador.

Aí o pessoal da reforma psiquiátrica quer fechar o São Pedro. Eu acho que tem mais que fechar. (...) Tem psiquiatra que acha que tem que ter os hospitais psiquiátricos clássicos especializados. Eu não que acho, pela minha formação dentro do Hospital São Pedro (Depoimento de Bruno Maia).

Este mesmo depoimento demonstra como funcionam as dissidências dentro de uma coalizão. O mesmo psiquiatra foi posteriormente presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria e um facilitador no processo de reforma psiquiátrica nacional, estabelecendo um diálogo entre os setores reformistas e os que impunham mais resistência. Foi somente com sua saída da presidência que a Associação Brasileira de Psiquiatria passou a oferecer maior resistência à reforma psiquiátrica no plano nacional. Ainda assim, ele compõe a coalizão contrarreformista, atuando em parceria com o SIMERS na luta pela criação de mais leitos em hospitais gerais e se colocando na defesa do modelo hospitalocêntrico.

Outro fator que contribuiu para que o SIMERS assumisse a posição de principal adversário do movimento antimanicomial é o fato de que o próprio estatuto da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul não permite que seus representantes se envolvam com política. Não bastasse isso, as associações têm poder muito limitado em função também de outros aspectos. A associação sobrevive do dinheiro dos sócios que se dispõem a contribuir, não havendo nenhuma obrigação legal para a contribuição, tendo assim um capital econômico reduzido. Seus dirigentes eleitos não recebem auxílio financeiro e não ficam licenciados de seus trabalhos durante o período de gestão, o que os impede de se dedicar exclusivamente às atividades da Associação. Tanto é que as reuniões da diretoria da APRS são realizadas à noite, de modo a não coincidir com o expediente de trabalho de seus representantes.

A associação fica sendo uma entidade por princípio neutra, neutra politicamente. Isso está no estatuto, a gente não pode se envolver política. Tem que ser neutra, deixando um espaço para que o psiquiatra se reúna para falar de sua área, de sua profissão. (...) A gente focou mais nos aspectos científicos e menos nos aspectos políticos. (...) O que a gente faz é trabalhar com a população. Brigar, nós não estamos brigando. Não é, digamos assim, da índole da Associação de Psiquiatria brigar. Nós temos uma entidade que é o CREMERS, tem o SIMERS, que olham por este lado mais quando a pessoa está sendo desrespeitada, o profissional está sendo desrespeitado (Depoimento de Liliana Souza).

Para a mesma psiquiatra, a pouca resistência da categoria à lei ocorreu também porque a maioria dos psiquiatras tinha pouco interesse pela política à época. Ainda que alguns setores da medicina e os donos de hospitais e de clínicas psiquiátricas particulares tenham oferecido resistência à lei da reforma psiquiátrica, alguns psiquiatras reclamam terem ficado de fora do processo de discussão. Para eles, apesar de todos os eventos, conferências, notícias em jornais,

divulgações e polêmicas, a lei foi uma surpresa. O diretor do setor de psiquiatria de um grande hospital de Porto Alegre, que também é professor da Faculdade de Medicina vinculada ao hospital, conta que ficou sabendo da lei somente após ela já estar em vigor³⁰.

Eu acho que um dos problemas que houve é que os psiquiatras se envolveram muito mais com o trabalho e muito menos com a política. Isso eu acho que foi talvez o fato que permitiu que a reforma psiquiátrica fosse desse jeito (Depoimento de Liliana Souza).

Se não foi necessário enfrentar a resistência da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, houve intenso debate e pressão muito forte dos grupos que se posicionavam contra o projeto de lei da reforma psiquiátrica dentro da Assembleia Legislativa, no processo de aprovação da lei. Um deputado do Partido Progressista (PP), o falecido médico José Westphalen Corrêa, foi o principal opositor do projeto de lei. Ele argumentava tanto no plano técnico, por ser médico e possuir conhecimento científico sobre o tema, quanto articulava no plano político o grupo que tentava barrar a aprovação da lei, formando uma coalizão principalmente com os partidos considerados de direita.

O Westphalen Corrêa, deputado do PP que era de Cruz Alta, era um dos principais contrários. (...) Esse Westphalen Corrêa, me lembro que era o cara mais forte, assim, que incomodou. O PP especialmente foi muito contra. A bancada do PP toda (Depoimento de Paulo Dutra).

O mesmo deputado estadual do PT gaúcho que apresentou o projeto de lei da reforma psiquiátrica propôs um substitutivo em seu lugar. Esta foi uma estratégia elaborada para confundir os adversários políticos, diminuir a pressão sobre si e ganhar aliados na votação da lei. Este novo projeto excluía da lei a extinção dos hospitais psiquiátricos, proposta no primeiro projeto, apesar de manter a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos leitos nos hospitais psiquiátricos já existentes.

Com esta mudança, eu tirei o centro da resistência que era fechar o hospital psiquiátrico, embora alguns psiquiatras sejam tão mal informados que eles acham que tem uma lei no estado que manda fechar o hospital psiquiátrico. Pura ignorância! (...) Eles estão presos no debate anterior à aprovação da lei e nunca leram a lei da reforma psiquiátrica, que não manda fechar leito, não manda nada disso. Mas a lei nossa tem uma coisa fundamental. Ela proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos já existentes. Então nós, na verdade, congelamos a capacidade de internação de pacientes psiquiátricos em hospitais psiquiátricos em 1992. E esta proposta é uma proposta muito radical, que não está na lei federal. A lei federal não tocou neste assunto. E é por isso que a lei do Rio Grande do Sul incomoda tanto os senhores deste negócio. Porque eles não podem ampliar mais o negócio, fechou! (Depoimento de Paulo Dutra).

³⁰ Infelizmente, este foi um dos dois depoimentos que não foram transcritos por problemas na gravação. Mas o depoimento de outra psiquiatra, na sequência, ajuda a entender o que houve.

Ainda assim, apesar da mudança no projeto da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, sua aprovação foi muito disputada e polêmica. A lei acabou aprovada por unanimidade, mas os bastidores da votação foram muito mais conflituosos do que o resultado final aparentou. Somente na última hora o autor do projeto conseguiu o apoio da liderança de um partido que ainda não havia se decidido (o deputado estadual Beto Grill, do Partido Democrático Trabalhista – PDT), alcançando assim o número necessário de votos para a aprovação da lei. Em sua contagem extra-oficial, essa maioria antes da votação seria de apenas um voto. O fato desta liderança do PDT ser do mesmo partido do então governador do estado garantia também que o projeto não seria vetado em caso de aprovação no legislativo.

A combinação de movimentos social muito forte e a iniciativa de um substitutivo que muda o foco da discussão, isso pegou de surpresa alguns deputados. Isso foi uma coisa assim, de alguns meses antes da votação. Quando chega na hora da votação a maioria já está meio desnorteada, mas metade deles era contra o projeto de lei. Na hora da votação. O projeto ia ser votado de tarde, às três da tarde. As duas e meia a gente conta os votos e eu consigo ganhar o apoio de uma última liderança. Na contagem dos votos isso me dava maioria. Eu tinha maioria, maioria de um voto (Depoimento de Paulo Dutra).

Sofrendo grande pressão das pessoas ligadas ao movimento antimanicomial e sabendo que iriam perder a votação por não possuírem maioria, os deputados que se opunham ao projeto resolveram votar a favor do projeto e orientaram seus correligionários a fazer o mesmo. O resultado foi a aprovação da lei por unanimidade.

Quando os caras viram que tinha maioria de um voto, todos aqueles que eram contra votaram a favor. Então, o projeto foi aprovado por unanimidade. O que tu acha que passou na cabeça deles? O seguinte: com o meu voto ou não o projeto vai ser aprovado. Se for aprovado vai ser uma coisa que tem repercussão no estado, vai ser importante e coisa e tal. E eu vou ficar como o cara que era contra. Vou perder. Então é melhor eu me associar com quem vai ganhar. Daí eu reparto um pouco os louros (Depoimento de Paulo Dutra).

Assim, em 7 de agosto de 1992 foi promulgada pelo governador a Lei 9,716, da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Após a aprovação, o debate no plano político esvaziou-se, uma vez que ela previa sua revisão somente após 5 anos. Entretanto, a polêmica na área da saúde mental continuou em outras instâncias.

4.3 O aprofundamento da reforma psiquiátrica estadual

Apesar de aprovada a lei, as mudanças não ocorreram de imediato. As modificações nas políticas públicas de saúde mental não agradaram o grupo reformista. O aprofundamento da reforma

psiquiátrica no Rio Grande do Sul foi um processo lento, que enfrentou grande resistência e que teve muitos desdobramentos.

Em 1992, ainda durante o processo de discussão da lei estadual da reforma psiquiátrica, o governador Alceu Collares (1991-1994) cogitou a venda do terreno do Hospital Psiquiátrico São Pedro, aproveitando para fazer caixa para o estado na esteira da desinstitucionalização. O secretário do Interior e Obras Públicas do Estado, Jorge Debiage, foi encarregado de fazer um estudo do terreno para a possível venda para uma empresa a fim de construir um novo hospital psiquiátrico, um centro de saúde ou mesmo um conjunto de residências para a classe média.

O Jornal *Zero Hora* publicou reportagem em 13 de agosto de 1992 com o título “São Pedro será negociado”. Nesta época, ocorria simultaneamente o processo de transferência de alguns pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro para o Hospital Colônia Itapuã, como parte do processo de desinstitucionalização do São Pedro e de reforma psiquiátrica. Mas a intenção do governador era desocupar o Hospital para poder vendê-lo em seguida. Apesar de o São Pedro possuir uma área de moradia, ela estava superlotada, e o estado de conservação de sua estrutura não era bom (Gomes, 2007).

Segmentos da sociedade reagiram distintamente, mas acabaram por defender a manutenção do Hospital, ainda que por razões diferentes. Os contrarreformistas, na expectativa da manutenção do hospital e reversão da reforma. Entre os defensores da reforma, o Conselho Regional de Psicologia entrou em ação por considerar o local de uso legítimo dos que já viviam lá há décadas, pois os chamados pacientes crônicos (internados de longa duração) não se adaptariam a viver outro local (Dias, 2007). Outros setores da sociedade se envolveram no tema. O presidente do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) à época, Paulo Brossard, escreveu uma sequência de artigos na *Zero Hora* defendendo a manutenção do Hospital, logo após o governador anunciar novamente no jornal a intenção de vender o terreno do São Pedro em 1992 (Gomes, 2007).

Por fim, o governador cedeu às pressões e a venda acabou não acontecendo. Mas inúmeras outras vezes o tema da venda do Hospital Psiquiátrico São Pedro ocupou as páginas de jornais e os debates na área da saúde mental no Rio Grande do Sul, mas sem a mesma força que neste período em que o próprio governador estava diretamente interessado neste processo (Gomes, 2007).

Ainda que a aprovação da lei possa ser considerada uma vitória do grupo reformista, ela não implicou um impacto imediato na estrutura das políticas de saúde mental no Rio Grande do Sul. A expansão de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos foi um processo lento e que enfrentou muita resistência.

Desde pelo menos 1929, no Congresso de Higiene e Hospitais, tem sido discutida a inclusão de unidades psiquiátricas nos hospitais das principais cidade do estado. Quanto à internação psiquiátrica em hospital geral, desde a década de 1970 o estado do Rio Grande do Sul determina a destinação de 10% dos leitos em hospitais gerais à psiquiatria, seguindo orientação da Organização das Nações Unidas. Entretanto, não houve um significativo crescimento nos primeiros anos após a aprovação da lei no número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Também permanecia a previsão de gastos com hospitais especializados em psiquiatria na Política Estadual de Saúde Mental, contribuindo para a manutenção do sistema hospitalocêntrico e contrariando a lei estadual da reforma psiquiátrica (Dias 1997).

Vimos que durante o governo Collares a reforma psiquiátrica obteve sua principal conquista, a aprovação da lei no legislativo com o apoio da bancada do partido do governador, o PDT. Mas este apoio ocorreu somente na última hora, no dia da votação. Ao mesmo tempo, a reforma psiquiátrica enfrentou dificuldades e resistências, como o caso da tentativa da venda do Hospital Psiquiátrico São Pedro demonstra. A direção do HPSP foi assumida pelos contrarreformistas na gestão Collares. Na gestão do governador Antônio Britto (1994-1998), a coordenação das políticas de saúde mental foi mantida sob domínio dos grupos médicos mais resistentes à reforma psiquiátrica. Com isso, novamente os grupos passaram ao enfrentamento mais intenso, principalmente no plano político.

Até 1996 o gestor estadual não havia destinado as verbas necessárias para a aplicação da lei da reforma psiquiátrica no estado, mesmo após ter se comprometido a destinar verbas para hospitais gerais no Plano Plurianual, aprovado pela Assembleia Legislativa. Apesar de haver um aumento no número de serviços ambulatoriais em saúde mental e de CAPS no início dos anos 1990, isso ocorreu em grande medida em decorrência sobretudo do empenho dos municípios. Segundo um relatório de 1996 da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, até então ainda não havia ocorrido a reversão do modelo de atenção a saúde mental no Rio Grande do Sul proposta na lei estadual da reforma psiquiátrica. A concentração de leitos em hospitais psiquiátricos indicava que ainda havia a manutenção dos grandes hospitais psiquiátricos em detrimento dos serviços substitutivos (Dias, 1997).

Ainda, durante o processo de negociação da lei da reforma psiquiátrica no estado, foi aprovada a Lei da criação de Pensões Públicas em 1992. Porém, não foram implementadas. Além do não-investimento em serviços substitutivos, outras ações de caráter contrarreformistas foram realizadas neste período. Com a área de moradia já em funcionamento no Hospital São Pedro, a

ideia era criar outros locais de atendimento psicossocial e procurar parcerias para atender e realocar os pacientes crônicos. No entanto, as propostas do movimento antimanicomial enfrentaram muita resistência.

Na PUCRS a proposta de oferecer atendimento ambulatorial em parceria com o São Pedro esbarrou na oposição de um médico não simpatizante com a causa antimanicomial, e acabou não sendo realizada.

Aí a gente propôs para uma colega para cuidar da área da moradia. E a gente seguiu com a área de moradia, para cuidar mais dessas pessoas. E ela descobriu que a PUC podia ser um parceiro nosso na área clínica e fomos atrás. A PUC nos ofereceu um cartãozinho. Esse médico, que também era cardiologista da PUC, um dia ele me convidou. "Tu está pensando que a PUC vai aceitar pacientes aqui? Porque eu não vou deixar." (Depoimento de Milena Silveira).

Na outra ponta, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a Sociedade de Apoio ao Doente Mental entraram com uma ação civil pública contra o Estado. Eles alegavam que o Estado promovia a extinção de leitos psiquiátricos no Hospital São Pedro, mas encaminhava os pacientes para instituições sem condições de lhes oferecer o necessário atendimento, uma vez que não havia ainda investido na criação de uma rede alternativa de atenção à saúde mental. A Justiça determinou o restabelecimento dos leitos psiquiátricos no Hospital e proibiu a utilização de suas dependências para a instalação de serviços alheios à sua finalidade, ou seja, serviços ambulatoriais ou de atenção psicossocial. Tal proposta enfrentou a resistência organizada dos grupos que conseguiram a aprovação da lei da reforma psiquiátrica e a determinação judicial não saiu do papel. Ainda assim, a pressão dos contrarreformistas freou a reforma.

Em 1995 um artifício político-administrativo do gestor estadual fez com que os 915 leitos no Hospital Psiquiátrico São Pedro deixassem de ser contabilizados como leitos psiquiátricos e passassem a ser considerados como atendimento ambulatorial. Dos 1.045 leitos existentes apenas 130 ainda permaneceram cadastrados para realizar a internação hospitalar. Os outros leitos foram simplesmente retirados do sistema de internação hospitalar, mas os pacientes continuaram internados no mesmo local e os atendimentos foram registrados como ambulatoriais. A medida foi considerada pelo movimento antimanicomial um modo de "mascarar" uma reforma psiquiátrica que não estava sendo realizada na prática pelos gestores. Em 1996 ocorreu outro fato curioso: um hospital privado e especializado ganhou um prêmio de Qualidade Total pelo Programa de Qualidade e Produtividade. Isso ocorreu mesmo após o hospital ser denunciado ao Ministério Público depois que o Conselho Estadual de Saúde encontrou leitos com grades e correntes para os pacientes no local (Dias, 1997).

Esta situação só será revertida a partir de 1999, com a eleição de Olívio Dutra (1999-2002), do PT, para governador do Estado. A ligação histórica do PT com o movimento antimanicomial assegurou que grande parte das pessoas do movimento assumissem novamente cargos importantes na coordenação de políticas de atenção à saúde mental no estado, como no início do processo da reforma, no governo Simon. É a partir deste momento, quase 6 anos após a aprovação da lei estadual, que tem início a reversão do modelo predominantemente hospitalar de atendimento em saúde mental para o modelo psicossocial. Também contribuiu para o avanço da reforma psiquiátrica neste período a aprovação da lei nacional da reforma psiquiátrica, em abril de 2001, quando o Governo Federal começou a repassar mais recursos para os serviços ambulatoriais em saúde mental, focando em especial na criação de CAPS.

Uma das ações que chama a atenção para esse novo modelo de atenção à saúde mental é a retomada do Projeto São Pedro Cidadão. Símbolo da assistência à saúde mental no Rio Grande do Sul, o grupo reformista via como crucial a modificação da estrutura de atendimento do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O projeto visava a desinstitucionalização, ou seja, transformar o Hospital em um serviço residencial terapêutico. O São Pedro Cidadão surgiu em 1993 com a participação de diversas entidades³¹, mas nunca foi posto em prática pelos gestores (Ruszczuk, 2008). Nesta época foi redigida a Carta Instituinte São Pedro Cidadão propondo o resgate à cidadania, a integração à comunidade e a criação de outras possibilidades de moradia para os egressos do São Pedro (Dias, 2007).

Apesar de proposto e aprovado em diversas instâncias há muito tempo, foi somente na gestão Olívio Dutra que o projeto começou a ser desenvolvido. Foi iniciado em 1999 e inaugurado somente no final do mandato em 2002, devido às resistências enfrentadas no processo de implementação. Foram necessárias diversas palestras com os moradores para que aceitassem a ida dos ex-internos do São Pedro para a região. Os grupos contrarreformistas também entraram no debate através de um outro projeto que, conforme uma reportagem do jornal do SIMERS, visava:

[...] transformar o São Pedro num hospital de referência, moderno, com equipamentos eficientes e rápidos para investigação clínica e exames complementares, prestigiado, reconhecido por sua importância na área médico-social, em que os profissionais reconhecem a existência da doença mental e esforçam-se para reduzir o sofrimento de seus portadores (Costa, 2001, p. 02 apud Dias, 2007).

No entanto, apesar da pressão dos grupos contrarreformistas, este segundo projeto não foi

³¹ Inclui: Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Comissões de Saúde e de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

levado adiante, uma vez que a coordenação da saúde mental no estado estava nas mãos do movimento antimanicomial. O Projeto São Pedro Cidadão resultou na criação de 36 Serviços Residenciais Terapêuticos no terreno dos fundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (Projeto Morada São Pedro) e 5 Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Viamão (Projeto Morada Viamão).

Apesar de aprovada em lei no estado em 1992, a reforma psiquiátrica demorou alguns anos para começar ser posta em prática de acordo com os princípios que a nortearam. Ela enfrentou tanto a resistência dos grupos que se opunham à ela quanto a resistência passiva dos gestores que não investiram em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Durante este período, o modelo hospitalocêntrico ainda vigorava com força e o grupo reformista permaneceu em uma posição inferior hierarquicamente no campo da saúde mental ao contrarreformistas.

Foi somente em 1999 que teve início a reversão do modelo de atenção à saúde mental, com a constituição de mecanismos de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos como uma política pública gerida pelo governo estadual. Com a implementação do Projeto São Pedro Cidadão, a reforma psiquiátrica vai se consolidar no Rio Grande do Sul como o projeto dominante. No entanto, esta dominância logo sofre ameaças.

A partir de 2004 aumenta a resistência à reforma psiquiátrica. No mesmo ano, o deputado estadual Santacroche Felice (PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira) propõe um projeto de lei substitutivo introduzindo alterações na reforma psiquiátrica estadual. Este projeto visava garantir a existência dos hospitais psiquiátricos remanescentes e exigia o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento nestas instituições. Iniciava a contrarreforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, a qual veremos no próximo capítulo.

5. A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL

A contrarreforma psiquiátrica é um movimento de resistência mais ostensiva aos princípios antimanicomiais da reforma na assistência à saúde mental e uma tentativa de retorno ao modelo anterior, ainda que sob uma nova roupagem. Isto é, a contrarreforma não visa necessariamente o retorno dos loucos aos manicômios ou o abandono das estruturas ambulatoriais de atendimento. Enquanto a reforma psiquiátrica se constituiu no movimento de abertura dos horizontes do atendimento à saúde mental para fora do hospital, colocando como centro da rede de atenção à saúde mental o atendimento ambulatorial, a contrarreforma propõe um retorno ao modelo de atenção à saúde mental hospitalocêntrico, ou seja, focado no atendimento hospitalar.

Ainda que tenha ocorrido forte resistência à implementação da lei da reforma psiquiátrica, o movimento de contrarreforma só ocorreu após a reforma psiquiátrica ter se estabelecido e modificado o paradigma na orientação das políticas públicas em saúde mental. Não se pode dizer que houve um movimento de contrarreforma na psiquiatria nos primeiros anos após a aprovação da lei, porque ela ainda não havia efetivamente saído do papel, o modelo hospitalocêntrico ainda predominava. No caso do Rio Grande do Sul, isso só foi possível após a gestão do governador Olívio Dutra, quando o modelo psicossocial e o movimento antimanicomial consolidaram-se como dominantes.

Este movimento contrarreformista ocorreu em duas fases. A primeira teve como marco inicial a apresentação, em 2004, do projeto de lei nº 200/2004 pelo deputado estadual Santacroche Felice (PSDB), que propunha a alteração da lei da reforma psiquiátrica no estado. O foco de argumentação e discussão desta fase é a suposta falta de leitos psiquiátricos acarretada pela reforma psiquiátrica. Ela terá como carro-chefe a campanha *Loucura é falta de leitos!*, realizada pelo SIMERS.

A segunda fase da contrarreforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul ocorre com a chamada “epidemia de crack”. Ela ganha destaque em 2009, quando entra na agenda política gaúcha, principalmente em função da campanha *Crack, nem pensar!*, do grupo RBS, principal veículo de comunicação do estado. Em 2010 o tema do crack entra na agenda política nacional e ganha crescente destaque na arena política, colocando em xeque a reforma psiquiátrica estadual.

5.1 A primeira fase da contrarreforma

Na visão dos grupos reformistas, desde pelo menos 2004 o Rio Grande do Sul tem retrocedido no que tange à reforma psiquiátrica. Após o término da gestão do governador Olívio e a troca de gestão para um governo de oposição (do governador Germano Rigotto, do PMDB, entre 2002 e 2006), as dificuldades para o movimento antimanicomial reapareceram e a resistência aumentou. Inicialmente, uma pessoa do movimento continuou na coordenação da saúde mental estadual. No entanto, várias dificuldades surgiram. Não houve a conclusão do restante da área residencial do Hospital Psiquiátrico São Pedro e a regularização do terreno conforme o projeto. Alguns pacientes continuaram a residir na área hospitalar do São Pedro, sem a mesma liberdade e autonomia dos que se mudaram para o novo local.

Ao propormos, em meados de 2004, a realização da pesquisa-intervenção aqui relatada, havia mais de um ano que não ocorria a transferência de qualquer morador do HPSP para o (projeto³²) Morada. (Wachs et al, 2010, p. 897).

A Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde relatou, já em 2003, a existência de conflitos entre os moradores da área residencial do São Pedro e o diretor da instituição em função do modo como se estava gerindo a desinstitucionalização. Houve também um “mal-estar” entre os representantes do CES/RS e os gestores do Hospital em função do lançamento do programa "Cuca Legal", que ocorreu sem a discussão passar pela aprovação da Comissão de Saúde Mental. Este descontentamento se estendeu para além do São Pedro, chegando ao secretário estadual de Saúde, Osmar Terra. A Comissão elaborou um ofício criticando o modo como ele conduzia a política de saúde mental. Para os reformistas, não havia nenhum planejamento ou intenção do governo de promover a reinserção social dos pacientes que continuavam institucionalizados.

Por sua vez, o então diretor-geral do HPSP, Roberto Gandolfi Lieberknecht, defendeu-se dizendo que a maior preocupação da sua gestão estava centrada na organização gerencial do Hospital, isentando-se da questão política. Em relação ao Morada São Pedro, o diretor explicou que enfrentava dificuldades para receber verbas para o projeto. Já o diretor administrativo do HPSP, Tailor Massuco, salientava sua posição de mero executor de ações, que eram planejadas previamente pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. Estes argumentos ainda hoje são recorrentemente utilizados pelo grupo contrarreformista.

Para contornar a situação, a SES/RS propôs a transferência dos pacientes institucionalizados do São Pedro para o Hospital Colônia Itapuã. Desde o início da reforma psiquiátrica no estado,

³² Nota do autor.

foram realizadas várias tentativas da construção de Serviços Residenciais Terapêuticos neste local. Em 1991 estas mudanças foram aceitas pelo movimento antimanicomial como forma de retirar os pacientes institucionalizados do Hospital Psiquiátrico São Pedro, uma vez que não existiam programas alternativos melhores. Já em 2004 esta proposta foi considerada pelo movimento antimanicomial como de cunho contrarreformista. A Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, composta por uma maioria de simpatizantes do movimento antimanicomial, enfatizou o caráter segregador dessa ação. O local era bastante afastado do centro urbano da cidade, indo contra o princípio de inclusão dos portadores de transtornos psiquiátricos e a promoção de sua cidadania. Os grupos reformistas salientaram a necessidade de se investir no Projeto Morada São Pedro, deixado de lado pelos gestores da época.

Em 2004 foram realizadas tentativas de retomar o Projeto São Pedro Cidadão e dar continuidade ao Morada São Pedro. Foi realizada uma Audiência Pública, a pedido dos funcionários do Hospital Psiquiátrico São Pedro, para debater e achar soluções para os problemas do hospital. Na sequência, a Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa instituiu um grupo de trabalho para aprofundar estas questões. O GT, por fim, sugeriu várias alternativas, entre elas a constituição de uma Fundação de Direito Público, que permitiria uma maior agilidade na busca de recursos e convênios para a melhora do hospital. O grupo propôs a continuidade dos projetos de reinserção social e a reestruturação do São Pedro, conforme o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) (Dias, 2007).

No entanto, o trabalho desenvolvido não teve sequência, uma vez que o gestor estadual retirou a pauta de sua agenda, não acatou as demandas e começou a implantar políticas contrárias às propostas pelo GT. Durante a gestão do governador Rigotto, ocorreu a reabertura de uma unidade do HPSP que fora fechada durante o governo Olívio Dutra. Isto é, em 2002 o governo petista fechou a Unidade Jurandy Barcellos, dedicado à desintoxicação de pacientes usuários de álcool e outras drogas, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os pacientes tiveram alta ou foram transferidos para o Hospital Vila Nova, através de uma parceria entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Em reação, o SIMERS, a SADOM e a Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes do Rio Grande do Sul se mobilizaram para que estes leitos fossem reabertos. Para eles, os pacientes dependentes químicos continuaram a chegar ao Hospital, referência para muitos municípios, porém sem um tratamento especializado. Foi aberta uma Ação Civil Pública contra o Estado e em 2004 a Juíza de Direito Rosana Broglio Garbin determinou a reabertura desta unidade, o que ocorreu em julho de 2006 (Araujo, 2003).

Ainda em 2004, estas diversas ações mais ou menos independentes vão ganhar uma forma tangível com o projeto de lei 200/2004 do deputado estadual Santacroche Felice (PSDB). Com a justificativa de adaptar a lei estadual à lei nacional (aprovada em 2001, mais moderada em relação ao projeto original, que foi a base da lei estadual), o projeto propunha transformar os manicômios em hospitais psiquiátricos especializados, através da modernização, da higienização e do oferecimento de atendimento de saúde especializado.

Art. 3º Fica vedada a construção e ampliação de manicômios, devendo os existentes transformarem-se em hospitais psiquiátricos.

§ 1º - Para efeito do disposto no caput, manicômios são aquelas instituições que mantêm internados indivíduos portadores de transtornos psíquicos, sem oferecer assistência médica especializada de equipe multidisciplinar e infra-estrutura necessária ao atendimento adequado e à recuperação satisfatória. Hospitais psiquiátricos são aqueles estruturados de forma a oferecer amparo integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social, de lazer e demais recursos previstos na Lei Federal 10.216/01 (Felice, 2004).

Conforme e-mail que circulou entre os membros do movimento antimanicomial na época, estas mudanças seguiam o princípio de moldar a reforma psiquiátrica aos interesses dos grupos que foram historicamente contra ela:

As intenções do autor ficam explícitas já em seu art. 1º, ao estabelecer que o PL objetiva “redirecionar os rumos da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul”. De fato, a proposta é fundamentalmente conceitual e pretende, com mudanças radicais em vários artigos da atual lei, restabelecer antigos paradigmas teóricos e organizacionais para os serviços de saúde mental, na contramão de consensos mundiais e nacionais. O projeto é uma autêntica “contrarreforma”, de caráter extremamente conservador.

O projeto foi proposto e colocado em votação em regime de urgência de uma semana para outra, como estratégia para impedir a mobilização do movimento antimanicomial, que por muito pouco quase nem ficou sabendo da ação. Aprovado pela Comissão de Constituição de Justiça, a votação ficou agendada justamente para o último dia de atividade dos deputados em 2004. Mas o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, principal articulador do movimento antimanicomial no estado, rapidamente acionou a rede reformista e conseguiu em três dias a adesão de mais de 30 movimentos sociais no país, que assinaram um documento intitulado “Não à aprovação do PL 200/2004”.

[...] após ampla discussão com a sociedade gaúcha. Não é possível aprovar qualquer substitutivo sem debater com a sociedade novamente. É um golpe na democracia. Uma manobra no apagar das luzes do ano legislativo! [...] o substitutivo diferencia manicômio, de asilo, de hospital psiquiátrico, absolutamente desnecessário para o objeto da lei. Apenas sob aparência “técnica” encobre interesses econômicos e contraria a ética da liberdade e do tratamento adequado. Pois estas instituições só estiveram a serviço da exclusão, nunca do tratamento

efetivo. Por que o deputado não faz um projeto de lei que garanta recursos financeiros para os serviços substitutivos? Precisamos de serviços 24 horas, que garantam internação sempre que necessária, mas não de hospitais psiquiátricos! (Nardi e Ramminger, 2007, p. 280).

O Conselho Regional de Psicologia entrou em ação, convocando uma assembleia para acompanhar a votação e pressionar os deputados contra a aprovação do PL. O CRP também organizou uma comitiva que visitou a Comissão de Participação Popular da Assembleia Legislativa, de forma a pressionar os deputados. A pressão da coalizão contrarreformista surtiu efeito e o próprio deputado pediu o arquivamento do projeto, após perder o apoio da base governista, surpreendida com a repercussão do tema (Nardi e Ramminger, 2007).

Logo no início do ano seguinte, o deputado estadual Adilson Troca, também do PSDB, reativou a discussão sobre a alteração da lei estadual da reforma psiquiátrica. Com o mesmo texto e as mesmas justificativas do projeto 200/2004, o deputado propôs o Projeto de Lei nº 40/2005. Desta vez o projeto não foi colocado em regime de urgência.

Em abril de 2005, o projeto passou pelo crivo do Conselho Estadual de Saúde. Defendido pelos representantes do SIMERS e da AGAFAPE, ele foi à votação no Conselho. Com 16 votos contra, 2 votos a favor e 3 abstenções, o CES decidiu se posicionar contra o projeto de lei. Em outubro do mesmo ano, ocorreu uma audiência pública para discutir o PL. Ela reuniu a Comissão de Saúde e Meio Ambiente e a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, com o público lotando o plenarinho e mais outras duas salas para acompanhar o debate.

Devido à polêmica que o projeto incitou, o relator da Comissão de Saúde e Meio Ambiente, José Farret (PP), criou o Grupo de Trabalho da Reforma Psiquiátrica para discutir a questão antes de apresentar seu parecer. Foram realizadas três reuniões, com a controvérsia se polarizando entre aqueles que eram contra e os que eram a favor do projeto, representando respectivamente a coalizão reformista e a contrarreformista. Ao final do debate, na última reunião, cada grupo apresentou um documento contendo seus respectivos argumentos.

O SIMERS, a SANDOM, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Sociedade Gaúcha de Saúde Mental e Lei, o Conselho Municipal de Entorpecentes de Porto Alegre, o Hospital Espírita e a Associação Stabilitas assinaram um parecer a favor do projeto (Ruszczyk, 2008). Um diretor do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul foi o responsável por apresentar os argumentos da entidade em defesa do PL 40/2005. O debate se centrou na falta de leitos psiquiátricos e na demanda reprimida de internações psiquiátricas decorrentes da reforma psiquiátrica. A pequena oferta de leitos, a grande demanda por internação e a insuficiência do atendimento do sistema

público de saúde foram os principais argumentos apresentados pela defesa da pertinência da alteração da legislação em vigor. Já a representante da AGAFAPE ressaltou as dificuldades enfrentadas para realizar a internação dos usuários em momentos de crise (Agência da Assembleia Legislativa, 25 de Abril de 2006).

Neste episódio, a coalizão contrarreformista se articula. A colocação de um médico vinculado ao SIMERS, dotado de boa capacidade oratória, capital científico e poder simbólico, para apresentar o parecer, foi um meio de dar credibilidade à sua posição do ponto de vista político e científico. Por outro lado, a intervenção da representante da AGAFAPE, mãe de um paciente esquizofrênico, conferiu um tom mais emotivo à defesa do projeto de lei.

Também foi elaborado um parecer contra o projeto, composto por representantes dos trabalhadores da Secretaria Estadual da Saúde, pelo FGSM, pelo Instituto Franco Basaglia, além de representantes de inúmeros CAPS e do Residencial Morada São Pedro (Russczyk, 2008). A posição contrária ao PL foi apresentada por vários agentes, incluindo uma representante da Secretaria Estadual da Saúde, uma do Conselho Estadual de Saúde e um representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Para eles, o PL 40/2005 representaria um retrocesso às conquistas obtidas na Lei 9.716/92. Foi exibida uma reportagem demonstrando o que seriam avanços no tratamento de pacientes do Hospital São Pedro (Agência da Assembleia Legislativa, 25 de Abril de 2006).

Neste lado, temos a dissipação do discurso, que não fica centrado em apenas um profissional (médico), mas que tem o seu poder justamente pela agregação de diferentes saberes, incluindo uma fonoaudióloga (da SES/RS) e uma psicóloga (do Conselho Estadual de Saúde), juntamente com o poder simbólico da fala de um usuário (representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental).

Antes da criação do GT, o projeto já havia sido aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça. Em março de 2006, pressionado pelos adeptos do movimento antimanicomial, o deputado Farret emitiu parecer contrário ao PL 40, apesar de ser pessoalmente a favor. O projeto foi à votação na Comissão de Saúde e Meio Ambiente em junho de 2006 e também recebeu parecer contrário. Do mesmo modo, o deputado Adílson Troca, autor do projeto, decidiu não dar continuidade ao projeto.

O que na realidade, o que aconteceu, aconteceu que o grupo que era contrário, ele trazia pessoas doentes e fazia volume de pessoas. Agora, as instituições, elas todas foram favoráveis. Então, através de documentos, mandaram. Só que não tem, o cara manda lá, o vice-presidente do conselho manda dizendo que é favorável ao projeto, só que ele não veio aqui. E aí vieram aqui um grupo de 40, 50 doentes gritar que era uma barbaridade. Então, teve uma pressão política. E na verdade a política ela é movida por pressão (Depoimento de Marcos Oliveira³³).

³³ Nome fictício. Deputado Estadual, entrevistado em 19 de outubro de 2011.

Mesmo com a retirada do projeto o grupo contrarreformista não esmoreceu. Pelo contrário, a partir de então a resistência ficou mais intensa e outras estratégias de ação foram adotadas. Em 2005, após 16 anos de hegemonia do PT nas eleições municipais de Porto Alegre, foi eleito um candidato de oposição. Nas gestões do PT, a secretária de saúde era uma militante antimanicomial ligada ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Na gestão do prefeito José Fogaça³⁴ (2005-2010), um diretor do Sindicato Médico foi nomeado primeiro secretário municipal de saúde de Porto Alegre. Já no primeiro mês de governo, um CAPS álcool e drogas foi fechado no município e o Programa de Redução de Danos (PRD) em Porto Alegre passou a sofrer recorrentes ameaças de não-renovação dos contratos dos redutores de danos (Nardi e Ramminger, 2007).

Em 2007 o SIMERS, em conjunto com entidades de familiares, com a ABRASUS, SADOM e Movimento Pela Atenção Integral à saúde Mental (também teve o apoio da AGAFAPE posteriormente), lançou a campanha *Loucura é falta de leitos!*, na tentativa de chamar a atenção da população para a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, o que supostamente acarretaria a falta de assistência na atenção aos usuários dos serviços de saúde mental.



Figura 3. Folder do lançamento da campanha *Loucura é falta de leitos!*

Fonte: Site do SIMERS³⁵.

O lançamento da campanha ocorreu no Parque Farroupilha³⁶, em Porto Alegre, local de

³⁴ No primeiro mandato pelo PPS e no segundo pelo PMDB.

³⁵ www.simers.org.br, acessado em 20 de fevereiro de 2012.

³⁶ Também conhecido como Parque da Redenção.

grande circulação de pessoas perto do centro da cidade. Foram espalhados *outdoors* pelas ruas com o *slogan* da campanha. Também foram criados e divulgados adesivos, panfletos, banners e comerciais em rádios. Os principais jornais do Rio Grande do Sul também foram utilizados como meio de divulgação da campanha. Logo no início da campanha, o presidente do Sindicato Médico, Paulo de Argollo Mendes, escreveu um artigo para o jornal *Zero Hora* intitulado *A Reforma Psiquiátrica no Second Life*, criticando a reforma psiquiátrica por funcionar apenas na virtualidade.

Maria é diarista e tem quatro filhos, entre eles André, seu primogênito, viciado em crack. Aos 35 anos, Maria sofre demais. Precisa trabalhar duro, mas isso ela tira de letra. Sua ausência de casa, no entanto, restringe os cuidados dela para com sua prole. Maria é muito preocupada. Segundo aqueles que preconizam a manutenção intacta da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, os problemas de Maria acabaram. Tudo porque mãe e filhos não percebem que são avatares e vivem no Second Life, e não na Lomba do Pinheiro. A política pública de saúde mental em vigor no Estado só funciona mesmo na virtualidade, onde dá show, diga-se de passagem. Na vida real, ambiente em que Maria insiste em permanecer, a situação é dramática. Uma verdadeira loucura.



Figura 4. Outdoor da campanha na Avenida Nilópolis, em Porto Alegre.
Fonte: Site do SIMERS³⁷.

A campanha foi gerida por uma jornalista, coordenada pelo setor de comunicação do sindicato, e mobilizou uma socióloga que trabalhava na assessoria da direção e dois estagiários (um

³⁷ http://www.simers.org.br/cms/fotos/noticias/noticia_100.jpg acessado em 24 de fevereiro de 2012.

do jornalismo e um de ciências sociais). Com isso, além da parte da comunicação, a campanha também envolveu diversas pesquisas e levantamentos de dados.

A seguinte reportagem, veiculada no jornal *Correio do Povo* em 2008, mostra um pouco da estratégia utilizada pelo Sindicato para relacionar a falta de leitos psiquiátricos à precaridade no atendimento da rede de atenção à saúde mental. Ela aborda uma pesquisa realizada pelo SIMERS, combinando relatos de pacientes e familiares com dados quantitativos retirados da observação *in loco* e de bancos de dados nacionais.

Segundo levantamento do Simers, o fechamento de 80 leitos de dependência química no Hospital Espírita, em outubro de 2007, reduziu em 55% a oferta de vagas pelo SUS em hospitais da Capital. Das 144 vagas destinadas a álcool e drogas antes do fechamento, restam 64, de acordo com instituições pesquisadas. Com isso, se agravam a situação da família, que não tem condições de atender o paciente em casa, e a ida desses para as ruas, virando andarilhos. Conforme o Datasus, de 1992 a 2007 a oferta de leitos psiquiátricos no Estado diminuiu 34%, passando de 3.806 para 2.502 (1.589 são SUS). (*Correio do Povo*, 28 de janeiro de 2008, p. 14).

Além do raciocínio centrado em números, há argumentos que questionam porque podem existir hospitais de excelência em outras especialidades – como a cardiologia ou a oncologia – e não ser permitido fazer o mesmo na psiquiatria.

Se a doença não melhora fazemos exames, se estes indicam algo mais grave frequentemente ficamos internados em Instituições Hospitalares para tratamento por algum período, por que com as doenças mentais seriam diferentes? (Diário de Historiador, 15 de março de 2011³⁸).

O Hospital é o *locus* do poder médico, e o hospital psiquiátrico o nascedouro da psiquiatria (Foucault, 2001). A perda deste espaço, onde a doença pode ser controlada, é impensável para os médicos. Além disso, o próprio tratamento em saúde é quase que sinônimo de hospital, não só para os médicos como para a população em geral. O mesmo vale para o hospital psiquiátrico, associado à doença mental. Diversas entidades de usuários e familiares de usuários portadores de transtornos psiquiátricos – como a SADOM, a AGAFAPE e a ABRASUS – se aliaram ao SIMERS nesta campanha, criticando a reforma psiquiátrica. Eles defendem a internação psiquiátrica em hospitais psiquiátricos especializados, crenças que estes oferecem a melhor opção de tratamento, em detrimento da internação em hospitais gerais.

E a minha opinião de mãe e a nossa aqui da instituição, a gente gostaria que tivesse um hospital psiquiátrico. Porque hospital geral não funciona. A reforma psiquiátrica, vou dizer direto. Já fui até criticada pelo que vou dizer. Porque eu não sou técnica. Sou mãe, entendo o que a gente vive na pele (Depoimento de Carolina

³⁸ <http://diariodehistoriador.blogspot.com/2011/03/stigmas-loucura.html>, acessado em 20 de fevereiro de 2012.

Santos³⁹).

Para o movimento antimanicomial, em contraste, a redução de leitos psiquiátricos não é problema, desde que haja uma cobertura ambulatorial adequada que evite a internação. As políticas públicas deveriam focar isso, buscando aumentar a rede de assistência ambulatorial em saúde mental, principalmente através do CAPS, dos serviços residenciais terapêuticos e de programas de reinserção social.

No período de lançamento da campanha do SIMERS, o governo do estado planejava instalar um centro tecnológico, administrado pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) em parceria com a iniciativa privada, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os recursos advindos dela seriam utilizados para a reforma do prédio histórico, orçada em R\$ 40 milhões. Foi realizada uma audiência pública para discutir a questão na Câmara Municipal de Porto Alegre, onde as duas coalizões se manifestaram contra o projeto e cobraram do então secretário estadual da saúde, Osmar Terra, o aumento do investimento na rede de atenção à saúde mental, conforme seus pressupostos.

O sindicato destacou o déficit de 2,3 mil leitos psiquiátricos no estado, de modo a atingir a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que prevê uma taxa de cobertura de 0,45 leitos por mil habitantes, defendendo a manutenção e a ampliação do número de leitos no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Atualmente o estado possui 2.190 leitos psiquiátricos, com uma taxa de cobertura de 0,21 leitos por mil habitantes (Brasil, 2011).

Enquanto mães estão acorrentando seus filhos por falta de leito, há gente tramando para vender aquilo que deveria ser da saúde - disse o presidente do Simers, Paulo de Argollo Mendes (*Zero Hora*, 15 de agosto de 2007).

Por outro lado, os adeptos do movimento antimanicomial, munidos com cartazes e faixas, defendiam a manutenção do São Pedro, mas como um serviço residencial terapêutico e como um centro de atendimento ambulatorial em saúde mental, nos moldes do projeto antimanicomial. Eles criticavam a ideia da ampliação dos leitos no Hospital Psiquiátrico e cobravam do gestor estadual o aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial e de leitos em hospitais gerais. Para eles, o problema da atenção à saúde mental era a precarização dos CAPS e de toda a rede substitutiva ao manicômio, ocasionada pela falta de investimentos na rede.

Não podemos retroceder. Temos de avançar na criação da rede de serviços substitutivos, e não aumentar os leitos em hospitais psiquiátricos. Para tudo isso, precisa de vontade política - defendeu a psicóloga Silvia Giugliani, representante do Conselho Regional de Psicologia na Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde (*Zero Hora*, 15 de agosto de 2007).

³⁹ Nome fictício. Diretora da AGAFAPE, entrevistada em 23 de novembro de 2011.

O SIMERS atuava em articulação com os grupos contrarreformistas em nível nacional, tanto na política, através de um médico que na época era deputado federal e hoje é diretor do sindicato médico, quanto em outras esferas, com a Associação Brasileira de Psiquiatria divulgando estudos e artigos sobre o assunto. Este deputado apresentou um projeto para assegurar o uso do tratamento de eletroconvulsoterapia (conhecido como o eletrochoque) pelo SUS, conforme destacado pelo *Jornal Brasiliense de Psiquiatria* (informativo relacionado à Associação Brasileira de Psiquiatria) de setembro de 2008. No entanto, o projeto não prosseguiu. Ele foi aprovado na Comissão de Saúde da Câmara Federal, mas reprovado na Comissão de Direitos Humanos, o que, na visão do deputado que propôs o projeto, demonstraria que sua exclusão da lista de tratamentos oferecidos pelo SUS ocorre por uma questão ideológica e não técnica, médica.

Apesar das restrições, a eletroconvulsoterapia é aplicada em diversos hospitais (principalmente os particulares), sendo inclusive ensinada aos alunos de medicina dos hospitais-escola públicos, como qualquer outro procedimento médico. Para receber uma compensação financeira pelo procedimento, já que o SUS não cobre o uso da eletroconvulsoterapia, os médicos preenchem as AIH's⁴⁰ sob o título de outro procedimento, como uma forma de burlar sua proibição.

Uma das principais estratégias no nível nacional, assim como no Rio Grande do Sul, era a veiculação de reportagens em jornais dos principais centros do país, como *O Globo* (Rio de Janeiro) e a *Folha de S. Paulo* (São Paulo). A crítica que mais chamou a atenção, repercutindo aqui no Rio Grande do Sul, foi proveniente dos artigos publicados pelo famoso poeta Ferreira Gullar, que também é médico, cronista da *Folha de S. Paulo* e tem filhos portadores de esquizofrenia. A revista *Época* também publicou uma entrevista com Gullar com o título *Ninguém aguenta uma pessoa delirante dentro de casa*, falando sobre sua experiência com a doença psiquiátrica, a reforma da psiquiatria e o movimento antimanicomial.

ÉPOCA - O senhor acha que a internação em hospitais psiquiátricos é o melhor tratamento?

Gullar - Ninguém é a favor de manicômio ou de encerrar uma pessoa pelo resto da vida. Isso não existe há muito tempo. Mas hoje as famílias sem recursos não têm onde pôr seus filhos. Eles vão para a rua. São mendigos loucos, mendigos delirantes. Podem agredir alguém. É imprevisível o que pode acontecer. O Ministério da Saúde tem de olhar isso. O hospital-dia é uma boa coisa. Mas para o doente ir para o hospital-dia ele tem que querer ir. Quando entra em surto, é evidente que não vai querer ir para o hospital-dia. Dizer que os doentes serão encarcerados é terrorismo (*Época*, 29 de maio de 2009).

⁴⁰ Autorização de Internação Hospitalar, formulário de ressarcimento de custo de procedimentos e internações do SUS aos hospitais.

Outras reportagens procuravam mostrar as falhas no sistema de atenção à saúde mental e criticavam a reforma psiquiátrica (às vezes indiretamente), com títulos como *Internação psiquiátrica é via-crúcis de doentes* (*Folha de S. Paulo*, 10 de julho de 2009) e *Brasil tem poucos leitos psiquiátricos, diz médico* (*Folha de S. Paulo*, 18 de maio de 2008).

O processo de "desospitalização" defendido pelo movimento antimanicomial é alvo de críticas de psiquiatras e da associação da categoria. [...] Segundo a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), o Ministério da Saúde diz que a relação deve ficar entre 0,40 e 0,45 leitos por mil habitantes (*Folha de S. Paulo*, 18 de maio de 2008).

A campanha também teve como ponto de apoio a divulgação de um filme com repercussão nacional, divulgado pelo SIMERS e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. *Omissão de Socorro*⁴¹, do cineasta Olívio Tavares de Araujo, ilustra a visão contrarreformista, chamando atenção para a falta de leitos psiquiátricos, para os benefícios da eletroconvulsoterapia e para a ineficiência dos serviços substitutivos. Ele mostra casos de pessoas com problemas mentais acorrentados em suas casas por familiares (supostamente por falta de leitos) e portadores de doença mental que viraram moradores de rua após saírem dos hospitais psiquiátricos devido ao fechamento de leitos.

A campanha também tinha outro alvo: os deputados estaduais. Cabia à Assembleia Legislativa revisar a lei da reforma psiquiátrica. As tentativas anteriores haviam esbarrado na força do movimento antimanicomial e em sua capacidade de se articular politicamente com os parlamentares gaúchos. Em meados de 2009, o SIMERS divulgou o *Dossiê de Saúde Mental*, relatório que apresentava um resumo dos principais dados e reportagens encontrados na pesquisa vinculada à campanha *Loucura é Falta de Leitos!*, distribuindo-o aos deputados da Assembleia Legislativa estadual, aos vereadores da Câmara Municipal de Porto Alegre, ao Ministério Público e à Prefeitura de Porto Alegre.

O término da campanha *Loucura é Falta de Leitos!* marcou o fim da primeira fase da contrarreforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Ela teve importante impacto no campo da saúde mental. Chamando a atenção da sociedade para o tema da saúde mental, ela expandiu principalmente a rede de aliados da coalizão contrarreformista. O impacto foi menor do que o desejado pelos contrarreformistas, mas conseguiu chamar a atenção para a falta de leitos no estado. Ao mesmo tempo, o movimento antimanicomial perdeu espaço na opinião pública, devido à campanha publicitária divulgando a visão dos médicos sobre os impactos da reforma psiquiátrica.

⁴¹ Um trecho do filme pode ser visto no seguinte link (acessado em 20 de fevereiro de 2012): <http://www.youtube.com/watch?v=pgL0xWnJ3t8>

Conforme o depoimento de uma ex-assessora do SIMERS que se envolveu neste processo, a campanha:

1 - Demarcou-se o quadro de desassistência, que se mantém até hoje e foi agravado pela epidemia do crack. Também mostrou-se que o setor público não tem profissionais (principalmente médicos) para atuar. Infelizmente, pouca coisa mudou, pois as ações de política nesta área não conseguem efetividade, são lançadas de forma isolada, sem garantia de verbas e como uma ação de saúde de estado.

2 - A Imprensa passou a ter informação e contraponto sobre o que são os transtornos, os graves efeitos das drogas e que os tratamentos precisam ser intensificados. A visão médica sobre as necessidades desses pacientes também ajudou a desmistificar a maneira como se inseria o tema saúde mental (Depoimento de Renata Dias⁴²).

A partir de então, o discurso contrarreformista ganhou argumento importante, que vai além da falta de leitos e passa a ter a questão da epidemia do crack como ponto central. O tema do crack já estava presente nos debates, mas de maneira ainda tímida. Daí em diante, torna-se o argumento central da coalizão contrarreformista. O SIMERS ganha aliados com a expansão da influência contrarreformista, e a luta contra a epidemia do crack adquirirá autonomia em relação ao sindicato médico, que deixa de ser o grande dinamizador das ações do grupo contrarreformista, ainda que continue como um dos principais agentes do campo. Muitas ações de caráter contrarreformista serão realizadas por diferentes agentes, com diferentes objetivos, mas calcadas basicamente na ideia de que o crack é um mal a ser erradicado da sociedade e de que o melhor meio para fazer isso é hospitalizar e medicamentar os usuários da droga.

5.2 Segunda fase da contrarreforma

Em 2009, em audiência pública na Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa para discutir a questão da saúde na Região Metropolitana, o SIMERS cobrou novamente a revisão da Lei Antimanicomial. Um diretor do SIMERS denunciou o fechamento de leitos hospitalares.

“De 1993 a 2007, houve uma redução de 39% dos leitos do SUS em Porto Alegre. A população aumenta e a estrutura diminui em todas as áreas”, criticou o sindicalista. Na psiquiatria, o desmonte é devastador. Dos 1385 leitos existentes em 1992, restaram apenas 514 em 2007 – o que gerou uma redução de 63% das vagas na Capital (*Imprensa/SIMERS*, 27 de maio de 2009).

A questão da falta de leitos psiquiátricos continuou como foco central da discussão, mas agora com a justificativa da necessidade de cuidado com os usuários de crack. O trecho abaixo,

⁴² Nome fictício. Jornalista do SIMERS, entrevistada por e-mail em 23 de janeiro de 2012.

referente à audiência pública acima, citada no site do SIMERS, revela a fala de um representante do Conselho Tutelar de Porto Alegre testemunhando sobre a consequência da falta de leitos e a respectiva falta de assistência à população usuária de crack.

A epidemia do crack leva a situação a um patamar caótico. O representante do Conselho Tutelar de Porto Alegre, Antônio Américo Alexandre, expôs a realidade dramática da convivência com a droga: “O crack está matando nossas crianças a cada dia e não há tratamento adequado em Porto Alegre” (*Imprensa/SIMERS*, 27 de maio de 2009).

O foco agora é outro. Se antes a discussão estava centrada na questão da falta de assistência e de leitos psiquiátricos, agora o crack passa a ocupar um espaço privilegiado nas discussões no campo da saúde mental. É a partir de 2009 que esta questão se destaca. A linha do tempo entre as duas fases da contrarreforma não é exatamente linear. Em 2007, o SIMERS é o primeiro agente a chamar a atenção para o assunto, que começa a ser utilizado em sua argumentação, modo de agregar aliados e acionar a rede contrarreformista. Ao longo de 2008, o surgimento de uma suposta epidemia do crack no estado ganha destaque, e o estado do Rio Grande do Sul abre leitos para atender seus usuários. São escritos diversos artigos em jornais por médicos e pessoas ligadas à coalizão contrarreformista relacionando a questão do aumento dos casos de uso de crack e suas consequências sociais (violência, criminalidade, mendicância, entre outros) à falta de leitos psiquiátricos.

Aos poucos, a questão da falta de leitos psiquiátricos e a questão da “epidemia do crack” se fundem, e o tema passa a dominar as discussões no campo da saúde mental. Um artigo, já de 2009, escrito pelo Presidente da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul no jornal *Zero Hora* ilustra bem essa tentativa de estabelecer uma conexão entre os dois temas:

O panorama atual da assistência em saúde mental no Brasil revela uma situação preocupante e caótica. Os doentes mentais são encontrados nas ruas, como mendigos, em presídios, como criminosos, implorando um lugar nas poucas emergências psiquiátricas superlotadas. A epidemia do crack já é uma realidade: estima-se que atinja 55 mil pessoas somente no Estado do Rio Grande do Sul. Esses fatos vêm recebendo atenção de diversos setores da sociedade e estão sendo denunciados na imprensa, como, por exemplo, o depoimento do poeta e escritor Ferreira Gullar, a declaração do deputado federal Germano Bonow e o posicionamento de instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria e Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Fernando Lejderman, *Zero Hora*, 13 de maio de 2009).

Esta estratégia vingou. Vários artigos relacionando a epidemia do crack à questão da falta de assistência à saúde mental no estado e a falta de leitos psiquiátricos foram publicados, em especial no jornal *Zero Hora*, que se tornou um verdadeiro “parceiro” da coalizão contrarreformista.

Tu foi pra internet viu que eu tenho alguns textos ali. Eu fico mandando pra *Zero Hora*. A *Zero Hora* gosta. Eu falo um pouco de crack. Sempre eu tenho que falar um pouco de crack, tu entendeu? Mas é tudo verdade aquilo ali. [...] A *Zero Hora* é um bom espaço para a gente (Depoimento de Rogério Nadal⁴³).

Aos poucos esta parceria foi se estreitando. E o tema do crack ganhou tanta autonomia, que ainda em 2009 acabou se tornando uma campanha publicitária contra o uso da droga no Grupo RBS (dono da *Zero Hora*), denominada *Crack, Nem Pensar!*. O projeto visava mostrar os efeitos nocivos das drogas, com os prejuízos físicos e psicológicos que acarreta aos usuários e os danos sociais derivados do uso da droga, como assaltos, assassinatos e até mesmo a desagregação familiar.

Grupo RBS lança bandeira de guerra contra um inimigo terrível, que escraviza pessoas, destrói famílias, degrada a juventude, estimula o crime e provoca mortes (Site da campanha *Crack Nem Pensar!*⁴⁴).

Esta campanha, muito maior do que a *Loucura é Falta de Leitos!*, promovida pelo SIMERS, deu início à segunda fase da contrarreforma psiquiátrica no estado. A campanha *Crack, Nem Pensar!* não somente colocou o crack na agenda política gaúcha, como chamou a atenção da população em geral para a questão, ocupando amplo espaço na mídia e incitando a participação de uma série de agentes. Com ela, os contrarreformistas reassumem uma posição de destaque no campo da saúde mental, não apenas recrudescendo a resistência à reforma psiquiátrica, como obtendo importantes vitórias na reversão do modelo de assistência à saúde mental.

A campanha contou em seu primeiro ano com a participação de pelo menos 15 pessoas do Grupo RBS, além de uma agência de publicidade contratada. Publicou reportagens de destaque no *Jornal Zero Hora* e realizou propagandas em suas emissoras de rádio e de televisão. As peças confeccionadas para a campanha mostravam usuários de drogas em estado degradante (comparando-os, à zumbis e à macacos). Foram feitos vários cartazes com fotos de atores representando familiares e dizeres como “Perder totalmente a dignidade. Não experimente essa sensação. O crack é uma droga tão devastadora que pode viciar logo na primeira vez”, ou então “Bater na própria mãe. Não experimente essa sensação”.

Deste modo, a questão da epidemia do crack ultrapassou a questão da saúde mental. A campanha considerou o *crack* uma “epidemia” que tem de ser combatida com a internação dos usuários, que estão em situação de vulnerabilidade social, por conta da violência e da prostituição, associados ao uso de drogas. O usuário, ao comprar a droga para consumi-la, seria uma peça chave

⁴³ Nome fictício. Psiquiatra, ex-presidente da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, entrevistado em 26 de setembro de 2011.

⁴⁴ <http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>, acessado em 29 de fevereiro de 2012.

na engrenagem de crimes e dependência química, sustentando o tráfico de drogas que gera violência, assassinatos e prostituição. Esse discurso, com grande poder simbólico, é fundamentado em estudos sobre os efeitos do uso de drogas no organismo realizados por institutos de pesquisa nacionais e internacionais. Ao mesmo tempo, destaca que o combate ao *crack* não é somente uma questão de ordem técnica, mas social. O “fator social” na questão da droga está ligado aos valores da sociedade, como as mudanças no perfil e na concepção de família e a desintegração social e familiar. Muitos associam o crescimento do consumo de drogas à violência e à prostituição, estando interligadas com a desintegração da família e a ausência da figura paterna.



Figura 5. Cartaz da campanha *Crack, Nem Pensar!*
Fonte: Site da campanha *Crack, Nem Pensar!*⁴⁵

A campanha recebeu apoio de atores, cantores, ex-participantes do programa Big Brother Brasil, comediantes, além de artistas de todo o gênero.

⁴⁵ <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar>, acessado em 12 de janeiro de 2012.



Figura 6. Outro cartaz da campanha *Crack, Nem Pensar!*
Fonte: Site da campanha *Crack, Nem Pensar!*⁴⁶.

No mesmo período, a Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul (AMP/RS) deu início a uma campanha chamada *Crack. Ignorar é seu vício?*. Ela foi lançada no Palácio do Ministério Público, em Porto Alegre, contando com a presença de autoridades e de um convidado famoso, o rapper MV Bill, um dos fundadores da Central Única das Favelas (CUFA), que foi o palestrante da abertura do evento, na qual destacou o impacto da droga nas periferias e favelas do Brasil. Posteriormente, em 2010, estas campanhas foram fundidas na criação do *Instituto Crack Nem Pensar*, mantido pela Fundação Maurício Sirotski Sobrinho (do Grupo RBS), a Associação do Ministério Público do RS, a Associação do Ministério Público de SC, a Associação dos Juízes do RS, a Associação Catarinense de Magistrados, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Santa Catarina.

Foram promovidos diversos eventos, incluindo debates, palestras, audiências públicas, reuniões e encontros em todo o Rio Grande do Sul, para debater a questão do crack e as políticas públicas para lidar com este problema. Grande parte destes eventos foi promovida pela coalizão contrarreformista. Dentre os que se destacaram, constam: 1) o Iº Congresso Internacional de Crack e Outras Drogas, organizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela Associação do Ministério Público e pela Rede Brasil Sul de Comunicação (RBS), em Junho de 2010; 2) o Seminário Estadual *Crack, Não Condene Sua Vida*, organizado pelo Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul, que promoveu uma série de debates em diversas cidades do estado durante 2011; 3) o Painel Crack – Internação Compulsória Resolve, organizado pelo Instituto Crack Nem Pensar!, em dezembro de 2011.

⁴⁶ <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/>, acessado em 12 de janeiro de 2012.

Estes eventos contaram com a participação de médicos, juízes, promotores, delegados de polícia, deputados, vereadores, secretários de saúde, funcionários das secretarias de saúde, representantes de conselhos municipais e estaduais, de sindicatos e de associações profissionais, familiares de usuários de drogas, jornalistas, entre outros. Foram muitas as abordagens efetuadas nestes eventos, demonstrando que a saúde mental (em especial no que tange a questão do uso de drogas) pode ser pensada a partir de diferentes perspectivas e trabalhada não apenas pela área da saúde. Muitas das discussões se circunscreveram à área da segurança pública, abordando principalmente a violência e a degradação social decorrentes do uso de crack. Outras tiveram como foco a judicialização da saúde, devido às internações compulsórias e o repasse de medicamentos especiais, entre outros temas.

Apesar de tais eventos não serem necessariamente restritos à área da saúde, contaram com a participação destacada de médicos, em especial os psiquiatras, convidados para explicar os efeitos nocivos do crack no organismo, destacando sua ação no cérebro. No Iº Congresso Internacional Crack e Outras Drogas, um psiquiatra estrangeiro convidado alertou sobre os efeitos do crack e comparou o usuário da droga com um zumbi e um macaco. Empregado por psiquiatras e reproduzido por jornalistas e outros agentes da coalizão contrarreformista, este discurso possui uma base científica que desumaniza o usuário de crack e torna mais defensável seu tratamento forçado, através de internações compulsórias, além de justificar a retirada de um dos direitos mais básicos de cidadania – a liberdade –, uma vez que o usuário perde a “civilidade”.

O crack atua em uma área responsável pelas noções de civilidade, provocando desinibição e liberando a fantasia. O usuário passa a agir como um zumbi, um chimpanzé. Por isso, os usuários matam por qualquer coisa e nem se dão conta do que estão fazendo, agem simplesmente. Não existe um prazo para isso acontecer. Pode ser no primeiro contato com a droga ou depois de algum tempo [...] O entorpecente faz com que esse sistema simpático estoure com o passar do tempo. As artérias se fecham e o coração tem de trabalhar mais, provocando microinfartos por todo o corpo. Em consequência, parte do cérebro, com o passar do tempo, fica atrofiada (*Zero Hora*, 9 de julho de 2010).

O discurso médico, apesar de usar algumas metáforas para tornar-se mais acessível ao público, costuma empregar uma linguagem extremamente técnica, com o uso de jargões médicos, referência a substâncias que o *crack* contém e seus efeitos no organismo dos usuários da droga, advindos principalmente na neurociência (Souza, 2010). Desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental da década de 1980, os médicos se preocupam mais com as discussões técnicas e científicas sobre a doença mental do que com a cidadania ou com os direitos dos pacientes. Quando o debate assume esta forma, os médicos geralmente se destacam, uma vez que eles detêm o capital

científico na área. Já os reformistas consideram que o debate técnico afasta usuários e aqueles que não possuem o domínio do saber específico da psiquiatria (capital científico) das discussões, ainda mais quando a psiquiatria é aproximada da neurologia.

Outra estratégia empregada pelos contrarreformistas é negar que são contra a reforma psiquiátrica, ainda mais quando defrontados com os grupos reformistas. A participação do então diretor-geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro no VII Encontro Estadual de Saúde Mental de 2009 demonstra tal estratégia. Ele afirmou que não queria reabrir os manicômios, que funcionavam como depósitos de doentes antigamente, e defendia a criação de hospitais especializados em psiquiatria ou então centros de dependência para usuários de drogas. O mesmo diretor omitiu o fato de manter estreita relação com o SIMERS diante de um público hostil composto em sua maioria por militantes e simpatizantes do movimento antimanicomial. Para os apoiadores da reforma psiquiátrica, ele representava, tanto simbólica como politicamente, os setores mais resistentes à reforma no Rio Grande do Sul. Frequentemente ela era acionado como parte da rede pela coalizão contrarreformista. Algumas semanas após o evento, este diretor participou das eleições para a diretoria do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul como presidente da comissão eleitoral que reelegeu o atual presidente do Sindicato em chapa única.

O VII Encontro Estadual de Saúde Mental foi palco ainda de outras estratégias do grupo contrarreformista. O evento teve como objetivo contemplar os profissionais da área da saúde, estudantes, gestores municipais, entidades públicas da esfera judicial, instituições de ensino e convidados de fora do estado para palestrar e discutir a rede de saúde mental existente hoje no SUS, conforme a Secretaria Estadual de Saúde. Todos esses agentes e setores participaram do encontro, conforme previsto. Contudo, nem todos participaram da mesma maneira. Os representantes do Conselho Estadual de Saúde e do FGSM revelaram seu descontentamento com as modificações feitas na programação do evento pela Secretaria Estadual da Saúde, acusando-a de tentar dirigir politicamente o encontro para o lado que lhe fosse mais conveniente, com uma discussão mais técnica e centrada na epidemia de crack.

Os integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, além disso, reclamaram que a roda de conversa que propuseram (era parte da programação 12 rodas de conversa simulatâneas) havia sido cancelada pela direção da Secretaria Estadual da Saúde (que simpatizava com os grupos contrarreformistas), sendo reaberta somente na última hora devido à pressão dos militantes. Conforme a coordenadora da roda de conversa, chamada *Movimento Social e Luta Antimanicomial*, a sala onde foi realizada a roda era a única que havia sobrado. Enquanto as outras rodas de conversa

ocorriam no saguão principal, em um lugar de fácil acesso, a do Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi colocada nos fundos do prédio, sendo preciso fazer um contorno pelo pátio da sede do evento para se chegar ao local. Na sala ao lado, havia uma apresentação musical e por isso a conversa precisou ser interrompida várias vezes em função do barulho. Por fim, se encontrou outro espaço para a continuação do debate e os participantes tiveram que se deslocar para a entrada do saguão principal, tendo que contornar novamente o prédio.

Outra ação importante foi a criação, em 2010, do site *Observatório do Crack* pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), visando fornecer “informações confiáveis” sobre a droga no Brasil. Hoje, ele é um dos portais de referência no país, dotado de dados sobre as cracolândias e os locais de uso de crack.

Mas não foi apenas em eventos e campanhas de divulgação que a questão da epidemia do crack teve ressonância. Nas políticas públicas, cada vez mais o modelo hospitalocêntrico tem conquistado importante espaço. De 2003 a 2010, o Rio Grande do Sul manteve o mesmo secretário estadual de saúde, o deputado estadual Osmar Terra, do PMDB, apesar de ter havido uma troca de gestão em 2006.

O secretário procurou implementar uma política pública composta por um combinado de modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental. O *locus* deste modelo são os hospitais gerais, ao invés de nos hospitais psiquiátricos. Ele não pretende extinguir as unidades de tratamentos restantes em hospitais psiquiátricos, como a do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em que o atendimento para usuários de álcool e outras drogas foi, inclusive, ampliado. Este sistema é completado por dispositivos da rede psicossocial de apoio – onde estão incluídos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Comunidades Terapêuticas, entre outros.

Conforme depoimento do Secretário à *Zero Hora* em 2007, sua intenção não era de reduzir leitos, tampouco de continuar a investir nos manicômios:

Em nenhum momento se falou em vender ou fechar leitos. [...] Não vamos aumentar manicômios, precisamos de mais leitos em hospitais gerais e de CAPS. (*Zero Hora*, 15 de outubro de 2007).

Com relação aos usuários de drogas, a posição do secretário (defendida no Painel *Crack: internação compulsória resolve?* em 1º de dezembro de 2011) é que os mecanismos de redução de danos, o atendimento ambulatorial e suas estratégias (defendidos pelo movimento antimanicomial, ao invés da internação dos usuários) não seriam compatíveis com a realidade dos usuários de drogas, pois são insuficientes para atender e tratar os usuários em estágio avançado de dependência, que necessitariam de uma atenção especializada. Esta atenção só poderia ser efetuada em um

hospital psiquiátrico especializado. Para os psiquiatras, o usuário de drogas requer um atendimento que assegure longo período de abstinência, difícil de manter em outros espaços que não o hospital psiquiátrico especializado, como CAPS ou hospitais gerais. Assim, a internação psiquiátrica seria a única alternativa, visto que o modelo de redução de danos é insuficiente e que a internação em hospital geral apresenta a dificuldade de conter a violência do paciente e não tem condições de fornecer os cuidados especiais necessários. Esse quadro vai se constituir no que um militante do movimento antimanicomial nomeou durante o VII Encontro Estadual de Saúde Mental de “a outra reforma psiquiátrica”.

A partir de 2007, as ações contrarreformistas relacionadas à epidemia de crack têm como principal política pública a criação de leitos em hospitais (principalmente em hospitais gerais, mas também em hospitais psiquiátricos) em detrimento da criação de serviços ambulatoriais, como os CAPS. No mesmo ano o governo estadual determinou que, para cada leito aberto no hospital geral, o leito psiquiátrico só seria extinto no ano seguinte. Na prática isso não se realizou, sendo abertos muito mais leitos em hospitais gerais do que foram fechados leitos em hospitais psiquiátricos (Cunha, 2010).

Ainda que o estado tenha concedido incentivos para a criação de leitos em hospitais gerais, muitos hospitais psiquiátricos especializados (em especial os privados) aumentaram seus leitos para atender à população usuária de drogas, apesar de isso ser proibido pela lei estadual da reforma psiquiátrica. O caso mais evidente é do Hospital Espírita de Porto Alegre, que aumentou o número de vagas graças a uma parceria com o Hospital Mãe de Deus. Para driblar a proibição do aumento de leitos psiquiátricos, os 30 leitos colocados no Hospital Espírita foram contabilizados como se fossem leitos do Hospital Mãe de Deus⁴⁷.

Outro exemplo desta opção política hospitalocêntrica foi a criação de incentivos para a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para usuários de álcool e outras drogas em 2008. Com isso, diversos hospitais gerais do estado receberam incentivos financeiros da Secretaria Estadual da Saúde para a criação de leitos específicos para usuários de álcool e drogas. Segundo a Secretaria, 76 hospitais aderiram ao programa criando 548 leitos clínicos para álcool e outras drogas.

Um dos principais problemas que o movimento antimanicomial apontou na criação destes incentivos para leitos de psiquiatria é a criação de mini-manicômios nos hospitais gerais. Conforme a lei da reforma psiquiátrica, os hospitais devem destinar um máximo de até 10% de sua capacidade

⁴⁷ Informação disponível em: <http://www.maededeus.com.br/2010/institucional/Saude-Mental.aspx>, acessado em 6 de março de 2012.

para leitos de atendimento à saúde mental, com o intuito de não se criar grandes alas psiquiátricas (nos moldes dos manicômios) e ao mesmo tempo garantir a assistência hospitalar a estes pacientes como a concedida a qualquer outro interno. No entanto, em muitos locais os pacientes ficam em lugares separados dos demais, trancados ou até mesmo em locais com grades. Para os defensores da reforma psiquiátrica, isso recria a lógica manicomial dentro destas alas dos hospitais, excluindo e segregando os pacientes quando eles deveriam ser incluídos (Russczyk, 2008).

Já para os contrarreformistas, isso demonstra como é falho o sistema de internação da reforma psiquiátrica. Os hospitais gerais não estariam preparados para lidar com os pacientes psiquiátricos, que perturbam, fazem barulho, incomodam e precisam de um tipo de atendimento especial. Além disso, a remuneração que os hospitais recebem para atender a pacientes psiquiátricos é insuficiente para os custos que acarretam. Essa é uma questão que se discute desde o processo de implementação da lei estadual da reforma psiquiátrica, conforme vemos no depoimento de um deputado estadual na Assembleia Legislativa em 1991.

Acho que leito em hospital geral é uma coisa que precisa ser muito bem analisada, porque os hospitais gerais não vão aceitar doentes. (...) Esses hospitais têm que ter ala especial, quartos especiais e não se sujeitam, pelos preços atuais, a atender esses pacientes. (...) Esse é um problema que tem que ser enfrentado. Como, não sei. A melhor solução é aquela de sempre: encaminha para a Secretaria de Saúde e esta encaminha para o São Pedro. Esse era o caminho antigamente. Era tudo mais fácil e se resolvia assim (Dias, 1997, p.99).

Com o agravamento da chamada epidemia de crack, essa questão ficou ainda mais evidente. Para muitos psiquiatras, o usuário de drogas é um paciente diferente, em especial no período de desintoxicação, quando fica mais agressivo devido à falta da droga e pode fugir, atormentar os outros pacientes e até mesmo brigar.

Imagina, no meio do hospital um paciente doente mental. (...) Se tu pegar os hospitais gerais, tu vai ver os leitos psiquiátricos numa ala. E nesta ala as janelas têm grade. Para entrar e sair tem chave. Tu tem gente treinada para lidar com ele. Por quê? Tu não podes deixar uma faca em cima da mesa. Tu não podes propiciar que ele possa se suicidar. Um dos nossos hospitais teve 13 tentativas de suicídio, algumas com êxito, este ano. E tem grade, tem apoio, a equipe é treinada, o pessoal da limpeza é treinado, a enfermagem é treinada, o pessoal da medicina é treinado para saber como que lida. (...) Como que tu bota um cara infartado num leito e do lado um cara drogado? (Depoimento de Fernando Gomes⁴⁸).

Além da discussão sobre a internação em hospitais gerais e da ineficiência dos serviços ambulatoriais, a questão do crack trouxe à tona a polêmica sobre as internações compulsórias. A lei

⁴⁸ Nome fictício. Médico, ex-deputado estadual e federal, ex-secretário estadual de saúde, atualmente diretor do SIMERS, entrevistado em 14 de outubro de 2011.

da reforma psiquiátrica estadual definia a internação compulsória como aquela sem o consentimento do paciente, na qual o médico é o responsável pela internação, tendo um prazo 24 horas para comunicar o Ministério Público, ao qual caberia fiscalizar a validade do ato. Esta modificação, juntamente com a diminuição de leitos psiquiátricos, dificultou as internações e diminuiu o poder dos psiquiatras no campo da saúde mental. Muitos reclamam que não há leitos suficientes quando precisam internar um paciente. Além disso, os hospitais gerais costumavam recusar os pacientes psiquiátricos em virtude dos já mencionados problemas que eles trariam.

Grande parte dos médicos envolvidos no debate compartilha a ideia de que o portador de um transtorno psiquiátrico não detém plena capacidade de julgamento sobre sua própria condição. A pessoa com transtorno mental recusaria o tratamento médico oferecido, preferindo ficar nas ruas a ser internado nos hospitais, o que justificaria a internação compulsória, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica de autonomia dos pacientes.

Se tu deres três passos e examinar três ruas aqui no centro tu vai ver vários mendigos. Muitos deles provavelmente são esquizofrênicos. Se tu perguntar para eles, o esquizofrênico é um representante do estado psicótico, muitas vezes cronicado, como tem lá no Hospital São Pedro. Se tu perguntar se ele quer morar numa instituição que tem um leito e poder tomar banho ele vai responder que está muito bem na rua, que não quer saber disso. E por incrível que pareça a própria lei permite tu defender que esta pessoa que permaneça na rua, porque ela tem que ter a vontade sobre si mesmo. Então não reconhece essa pessoa como um doente e deixa ela na rua porque ela quer. Qual é o problema? As pessoas têm que ter liberdade. Isso é um crime na minha visão (Depoimento de Ricardo Silva).

Para driblar os empecilhos da lei, iniciou-se um processo de judicialização das internações psiquiátricas. Ou seja, em muitos casos os médicos só internam os pacientes compulsoriamente com uma solicitação de internação referendada pelo poder judiciário, ou por determinação judicial. Deste modo, tanto os hospitais quanto outras instituições, como as fazendas e comunidades terapêuticas, são obrigados a internar os pacientes de algum modo, mesmo que não haja leitos disponíveis, improvisando locais para atendê-los sob o risco de responder judicialmente em caso de negativa.

Um representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em reunião com o Poder Judiciário convocada pela Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul e com a presença de dezessete juízes e um promotor de justiça, relatou-me que um dos temas abordados no encontro foi o aumento da procura de familiares de pessoas com transtornos psíquicos pelo poder judiciário para solicitar a realização de internação psiquiátrica. Um dos juízes afirmou que muitos dos pedidos de internação são realizados pelos parentes por orientação dos psiquiatras, como uma maneira de evitar a responsabilização do médico e a internação compulsória. A internação voluntária evita estes trâmites burocráticos e pode ser feita por um familiar, quando este possui a tutela do paciente.

O fato de a internação psiquiátrica ser um ato médico também contribui para tornar a fiscalização do Ministério Público menos relevante. Conforme o estudo de Dias (1997), o papel de fiscalização do Ministério Público é mais formal do que efetivo, uma vez que não há a possibilidade de contestar a decisão médica. No entanto, a visita tem efeito sobre a fiscalização dos estabelecimentos psiquiátricos, nos quais o ministério público pode interferir se o local não estiver cumprindo as prescrições da lei da reforma psiquiátrica ou não contar com as condições mínimas de higiene e alimentação.

Com o surgimento da epidemia de crack, o apelo para a internação compulsória dos usuários de drogas foi reforçado. Para grande parte dos psiquiatras, os usuários de drogas, em especial do crack, deveriam poder ser internados contra a sua vontade. Usando a mesma base para a internação involuntária dos portadores de transtornos mentais, o discurso contrarreformista, amplamente divulgado na mídia e em debates e eventos, defende a ideia de que os dependentes estão desassistidos e precisam ser internados por conta dos males que causam a si mesmos e à sociedade.

O argumento mais usual contra a medida se baseia na defesa radical das individualidades ou, num sentido filosófico mais amplo, na chamada autonomia da vontade. Sob esse entendimento, o usuário de drogas, mesmo em risco de vida, é dono absoluto de seus atos e deve ser ouvido para consentir ou não com o tratamento terapêutico. Na urgência da epidemia do crack, é ilusório pensar que há vontades em dependentes que se degradam nas ruas, devastam famílias e contribuem para o aumento da delinquência e da violência sem o socorro do Estado. A vontade a prevalecer, nesses casos, é a da sociedade e das instituições encarregadas de protegê-los. Se não for assim, todos seremos omissos diante de uma tragédia que há muito destrói jovens nos grandes centros urbanos e se alastra agora em direção a cidades do Interior (Editorial *Jornal Zero Hora*, 24 de novembro de 2011).

A estratégia contrarreformista de publicizar o debate para ganhar o apoio da população tem surtido efeito. A epidemia de crack tornou-se reconhecida como um grave problema social em todo o país, adotando basicamente as mesmas estratégias gaúchas de promoção de eventos, propagandas nas tv's, em rádios, artigos e jornais. Cada vez mais os jornais e telejornais destacam a epidemia de crack e as mazelas sociais que acarreta, exibindo, especialmente, cenas das cracolândias⁴⁹ do país. Logo após uma invasão da polícia militar na cracolândia de São Paulo, uma reportagem do jornal *Folha de S. Paulo*, publicada em 25 de janeiro de 2012, revelou que, segundo pesquisa nacional realizada pelo Datafolha, 90% dos brasileiros apoiam internação involuntária de viciados.

Subsidiando tal discurso no estado, o deputado estadual Osmar Terra (PMDB), secretário estadual de saúde entre 2003 e 2010, apresentou o Projeto de Lei nº 7.663/2010, conhecido como a

⁴⁹ Como são chamados os locais de concentração de usuários de crack.

nova lei antidrogas. Com o projeto ainda em tramitação, o deputado tem participado de diversos eventos no estado divulgando sua proposta. Em uma delas, no painel *Crack: internação compulsória resolve?*, destacou os principais pontos do projeto, que seriam a facilitação das internações compulsórias, o aumento do número de leitos em hospitais gerais e o aumento de penas para os traficantes.

No plano político nacional, mesmo com o PT no governo federal e com um Ministro da Saúde e um coordenador da área da saúde mental ligado ao movimento antimanicomial, a epidemia de crack resultou em um avanço contrarreformista nas políticas públicas nacionais. Um exemplo disso é que o governo federal lançou um programa de combate ao crack em dezembro de 2011, com o lema *Crack, é possível vencer!*, prevendo facilitar a internação involuntária dos usuários de crack e a criação de 2.462 leitos para o tratamento de usuários de drogas (site G1, 7 de dezembro de 2011⁵⁰).

A prioridade na criação de leitos para tratar os usuários de drogas (mesmo que em hospitais gerais) em detrimento do atendimento ambulatorial e a criação de comunidades terapêuticas, criticadas pelos reformistas pelo seu caráter fechado (eles priorizam o atendimento em instituições “abertas”), devido à pressão da opinião pública, foi um golpe muito forte no movimento antimanicomial e uma conquista contrarreformista.

Nem o Padilha, o Ministro da Saúde, nem o Décio, que é o secretário das ações em saúde, que é imediatamente abaixo do ministro e, portanto, hierarquicamente superior ao Tykanori, os dois não são contrarreformistas. Aliás, nem poderiam ser, porque ser contrarreformista no Ministério da Saúde é ser contra a lei. [...] Então tu não vai botar na gestão de uma política pública pautada por esta lei, alguém que é contra esta lei. Mas o Ministro está em uma posição difícil. A Dilma quer uma resposta contra o crack e tem pressionado o Ministro e seus assessores na saúde para isso. Inclusive teve um debate super forte, que é a pressão da bancada evangélica, dona das comunidades terapêuticas do país, que conseguiu aprovar uma resolução, uma portaria que concede 600 reais por mês para 30 mil vagas nas comunidades terapêuticas. E é uma bomba no pessoal da reforma (Depoimento de Silvana Chagas).

Para subsidiar o discurso da contrarreforma no estado, ao longo de 2011 os diretores e assessores do SIMERS visitaram as unidades e ambulatórios de psiquiatria dos principais serviços de saúde de Porto Alegre. Sua intenção era verificar as condições de atendimento da população frente à epidemia de crack. Isso gerou forte desconfiança da comissão de saúde mental do Conselho Estadual de Saúde, que pediu esclarecimentos para o sindicato.

Esta comissão queria conversar conosco. E nós fomos. Eles disseram: “Olha, acho

⁵⁰ <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/12/programa-de-combate-ao-crack-preve-internacao-involuntaria-de-usuarios.html>, acessado em 11 de Fevereiro de 2012.

que se trata de uma pesquisa e vocês têm que ter que passar pela comissão de ética”. Pela comissão de ética de onde? Vocês me dizem que eu tenho que passar por uma comissão de ética, qual é? A Escola de Saúde Pública tem uma, o Hospital Itapuã tem uma comissão de ética, o Hospital São Pedro tem uma comissão de ética, o Hospital de Clínicas tem uma comissão de ética. Tem 237 e os 400 municípios têm comitê de ética. Vou emitir um plano para 600 comitês de ética? Além disso, fui no Hospital São Pedro, emiti um ofício para a comissão de ética e mandamos o projeto. O Dr. Lúcio saiu do hospital, o projeto tramitou e nos ligaram para a gente fazer uma visita. Ah, mas vocês tem que ter uma autorização também por escrito do... per aí! (Depoimento de Fernando Gomes).

A reforma psiquiátrica também enfrenta algumas resistências que não são necessariamente de caráter contrarreformista. O fenômeno conhecido como “manicomialização” ou “institucionalização dos CAPS” (Romagnoli et al, 2009) é objeto de grande preocupação por parte da coalizão reformista. Trata-se de quando os CAPS funcionam de modo similar aos hospitais psiquiátricos, quando ocorre um tempo excessivo de permanência ou uma hiper-medicação dos usuários. Os serviços são abertos, mas a lógica de funcionamento, não. É o “manicômio mental”, que não necessita de muros altos para funcionar. São várias as causas e os efeitos da manicomialização, como a falta de articulação da rede especializada ou a falta de preparo dos profissionais que lá trabalham.

Tem uma história que eu sempre conto de um CAPS do interior dessa questão da circulação de uma rede que não funciona como uma rede, justamente porque ela tem uma hierarquia. A rede por definição é acêntrica e os serviços de saúde mental continuam funcionando na lógica de que tem um saber que é predominante, que é preponderante. Eu cheguei e fui falar com o rapaz da triagem, que fica na recepção e ele disse: “Ah, porque eu sei que a senhora vem estudar, vem fazer uma pesquisa de supervisão, mas uma pena que a senhora veio na terça, porque ontem de tarde que era bom a senhora vir. Porque segunda de tarde que é dia de psiquiatra e isso aqui fica aquela coisa de louco”. O dado é interessante então. O CAPS funciona mais e “bomba” e vira “dia de louco” no dia que está o psiquiatra, o resto quando está a equipe toda, aí não é coisa de louco (Depoimento de Silvana Chagas).

Além destas questões, Vasconcelos (2000, p. 57) aponta a burocracia da administração pública como uma das grandes dificuldades da rede de atenção em saúde mental.

Não temos verba própria e todas as nossas necessidades passam pela secretaria (da saúde), o que é um dificultador [...] Também há a questão político-partidária que, em determinados momentos, dificulta nosso processo de trabalho. [...] A implementação de SRT's não é prioridade na agenda dos gestores municipais; a locação de imóveis pelas secretarias de saúde é lenta.

O movimento antimanicomial também tratou de criar eventos e denunciar, principalmente através da mobilização das redes sociais, o caráter manicomial das políticas anti-drogas adotadas pelos governos nos últimos anos no Rio Grande do Sul e noutros estados. No VII Encontro Estadual de Saúde Mental, realizado em 2009, os reformistas já ofereciam resistência à tentativa de

direcionamento do encontro para a questão da epidemia do crack. Os representantes do movimento antimanicomial manifestaram seu descontentamento diversas vezes com a organização do evento, através de cartazes e vaia e nos poucos momentos que tiveram acesso à palavra. Algumas pessoas ligadas ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental colocaram narizes de palhaço durante a apresentação do então diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ligado ao SIMERS, enquanto distribuíam um manifesto contra as modificações na agenda do encontro impostas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (Souza, 2010).

O manifesto distribuído reclamava que diversas instituições se envolveram na organização do evento, em uma construção coletiva da programação, a convite da coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual da Saúde. Entretanto, na última semana, a Secretaria alterou o programa, modificando mesas, excluindo palestrantes já convidados sem nenhuma justificativa, mudando a mostra de vídeos exibidos e o foco de algumas das discussões propostas. Para os manifestantes, a discussão, que deveria ser focada no tratamento e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, foi reduzida ao tema do uso de *crack* e seus efeitos perversos. Entre as instituições que assinaram o manifesto, estão três tipos diferentes: 1) as criadas para fiscalizar e acompanhar as políticas públicas do Estado, que são a Comissão de Saúde Mental, o Conselho Estadual de Saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental; 2) as principais representantes dos trabalhadores não-médicos da saúde mental, que são o Conselho Regional de Psicologia, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e o Conselho de Serviço Social; 3) e a representante da academia, a Escola de Acompanhamento Terapêutico, vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os reformistas aproveitaram o evento para expor a defesa de outra abordagem sobre o tema do crack que, segundo eles, seria mais compatível com a reforma psiquiátrica. Os principais instrumentos na defesa desta proposta eram a redução de danos e o atendimento ambulatorial. Sua visão é a de que a repressão ao sistema de tráfico é que cria a violência relacionada ao consumo de drogas e não o consumo da droga e seus efeitos no organismo. Além disso, o *crack* não deve ser tratado como uma epidemia, pelo menos não menos do que o álcool ou outros medicamentos lícitos prescritos pelos médicos. A luta contra o *crack* seria antes uma luta moral. Nesta perspectiva, não cabe ao Estado erradicar o uso de drogas. O Estado deveria garantir um bom tratamento em saúde mental para os usuários de drogas, reduzindo os danos do uso da droga e utilizando a internação hospitalar somente como último recurso (Souza, 2010).

Durante o evento, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental também aproveitou para divulgar e

organizar no Rio Grande do Sul a ida de militantes para Brasília, a fim de participar da Marcha dos Usuários Pela Luta Antimanicomial, dotada do slogan *Marcha dos Usuários: Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial* (Souza, 2010). Em nível nacional realizaram-se eventos para informar a mídia, profissionais e a sociedade sobre as consequências das críticas ao modelo psicossocial de atenção à saúde mental. No Rio de Janeiro, em dezembro de 2008 ocorreu o *Seminário Saúde Mental, Política e Mídia*, na mesma época em que foi concedido um importante prêmio para uma reportagem de cunho contrarreformista, vinculada no jornal *O Globo* com o título *Sem hospícios morrem mais doentes mentais*. No mesmo ano foi realizado, em Florianópolis, o *I Congresso Brasileiro de Saúde Mental*, em defesa da reforma psiquiátrica (Cunha, 2010).

No Rio Grande do Sul, foi realizada uma série de debates e seminários em defesa da reforma psiquiátrica. O já tradicional *Mental Tchê*, em São Lourenço do Sul, realizado anualmente em data próxima do dia nacional da luta antimanicomial (18 de Maio), reúne os principais agentes da coalizão reformista e dá vazão a severas críticas ao modelo de atenção à saúde mental proposto pelos contrarreformistas. Ocorreu o *I Encontro Estadual de Associações de Usuários*, em março de 2009, no qual foram feitas críticas intensas aos setores contrarreformistas e aos gestores dos municípios e do estado pela falta de investimentos nas políticas de saúde mental. Em 2010 foi realizado o *Encontro Nacional de Estudantes Antimanicomiais* em Porto Alegre, que teve a sua segunda edição no ano de 2011, na mesma cidade. Também cabe destacar o *IIº Seminário Internacional Loucos pela Vida: 20 anos de construção coletiva*, ocorrido em 2010, com a presença do psiquiatra italiano Franco Rotelli, um dos mais importantes membros do movimento antimanicomial em nível internacional, além de várias outras autoridades sobre o assunto.

Em termos de ações em políticas públicas, um dos poucos avanços que os grupos reformistas conseguiram obter neste período de contrarreforma foi a criação, em 2007, de um Grupo de Trabalho para avaliação das pessoas institucionalizadas no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF), de Porto Alegre. O Instituto abriga pessoas condenadas por algum delito e que precisam de tratamento mental. A demanda surgiu a partir do diagnóstico de que haviam pessoas que estavam institucionalizadas, apesar de já terem cumprido o tempo da medida de segurança. A maioria havia perdido seu vínculo com o mundo exterior e estava simplesmente asilada no local. O grupo, composto por representantes da Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Fundação de Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e por funcionários do IPF, foi responsável pela elaboração e execução de um plano de desligamento, que provocou a reinserção social de mais de cem pacientes (Leite,

2011).

Ainda assim, este processo não foi fácil. Uma assistente social relatou-me ter sido chamada de “assassina” por um psiquiatra durante uma reunião. Mas não foram somente os médicos que ofereceram resistência. Funcionários do IPF e até mesmo assistentes sociais (tradicionalmente a favor da reforma psiquiátrica) ofereceram resistência.

Os psiquiatras de lá enlouqueceram. A briga que nós tivemos assim, de bate boca, foi brabo. A coisa foi braba. [...] Os assistentes sociais, mais antigos, do IPF, que preferem o paciente lá do que na rua. Porque lá "Ah, que está voltando mais magro". Claro, no IPF o que enfiam de bolacha, massa, arroz. Na rua vai comer feijão, não é bolacha assim, tá. Existe uma dieta e tal. Já acham que está morrendo de fome. Não está morrendo de fome. Não é problema de saúde. (Depoimento de Ana Pereira⁵¹)

Mais recentemente, ao final de 2011, o movimento antimanicomial conseguiu colocar várias moções de repúdio no relatório da Conferência Nacional de Saúde, criticando as práticas de internação compulsória dos usuários de álcool e outras drogas e o financiamento público de comunidades terapêuticas (Brasil, 2012). Entretanto, isso não evitou o avanço das políticas hospitalocêntricas em saúde mental.

5.3 A consolidação da contrarreforma psiquiátrica

A eleição de um governador do PT para a gestão 2011-2015 no Rio Grande do Sul poderia ser um trunfo do movimento antimanicomial para frear a contrarreforma na saúde mental. Ainda em 2010, pessoas ligadas ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental fizeram um abaixo-assinado para reativar o Projeto São Pedro Cidadão, visando a nova gestão.

[...] nosso Estado assistiu nos últimos oito anos a um abandono das instâncias públicas de responsabilização pela expansão das redes de acolhimento em saúde mental e montagem de redes substitutivas aos manicômios, fazendo emergir uma demanda pela manutenção das velhas alternativas de segregação. Nesse tempo, as ações do governo federal foram as que garantiram a manutenção e desenvolvimento da desinstitucionalização no Estado, principalmente no que se refere à criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, de Residenciais Terapêuticos, de execução do Programa de Volta para Casa e as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental. Ações estas que se apoiam no princípio de que é inadmissível, em pleno século XXI, em um país de pungente democracia como o Brasil, de liberdade e pluralidade conhecidas e reconhecidas internacionalmente, que ainda existam pessoas condenadas à exclusão pela condição de sofrimento psíquico.

⁵¹ Nome fictício. Advogada, promotora pública, entrevistada em 27 de setembro de 2011.

No entanto, as coisas não ocorreram como o movimento antimanicomial esperava e esta ação foi insuficiente para barrar a ofensiva contrarreformista. Tal como em nível nacional, a pressão da opinião pública e da coalizão contrarreformista para o enfrentamento da epidemia de crack, somada a distribuição dos cargos políticos nas secretarias entres os partidos aliados, fez com que a contrarreforma continuasse a avançar no estado. O atual secretário estadual de saúde, Ciro Simoni (PDT), que assumiu em janeiro de 2011, manifestou apoio à proposta do SIMERS de aumentar o número de leitos para atender usuários de crack antes mesmo de assumir a pasta.

Argollo propôs de forma enfática à Simoni que seja dado impulso à abertura de vagas em hospitais e instituições psiquiátricas para atacar a epidemia de crack. "O atual governo diz que abriu 500 vagas, mas o que fez foi trocar a placa de leito clínico para álcool e drogas. É preciso ambiente restrito, que proteja os pacientes, com médicos e estrutura para ter êxito no tratamento", destacou Argollo. Para o presidente do Sindicato, é hora de inverter a lógica da Reforma Psiquiátrica, que fechou centenas de vagas no Estado desde 1993 e ignorou pacientes (Simoni antecipa a SIMERS prioridades na saúde e pede apoio a médicos, imprensa SIMERS, 12 de dezembro de 2010).

Em 2011, foi aprovada outra resolução para a criação de leitos para usuários de álcool e outras drogas em hospitais gerais, demonstrando a ênfase do governo em continuar investindo em serviços hospitalares ao invés de ambulatoriais. O estado também passou a incentivar as internações nas chamadas comunidades terapêuticas, pressionados pelo sindicato médico. Para a coalizão contrarreformista, a existência de comunidades terapêuticas no estado, sem o conhecimento da Secretaria Estadual da Saúde, era um sintoma de que a reforma psiquiátrica e seus instrumentos não eram capazes de lidar com todas as demandas exigidas pela saúde mental.

Existem 192 comunidades terapêuticas onde estão internados mais de 3 mil pacientes. Dados que a Secretaria Estadual da Saúde ignora. (...) Nós estamos abrindo a discussão. Do lado deles, estava o Frei Hans, que trabalha com comunidade terapêutica. Ele disse que trabalhava com comunidade terapêutica há 27 anos (Depoimento de Fernando Gomes).

Para o movimento antimanicomial, o avanço das comunidades terapêuticas significou mais uma derrota. É um investimento em um serviço que responde ao modelo hospitalocêntrico, centrado no isolamento social dos pacientes e que deixa de ser repassado aos serviços criados pela reforma psiquiátrica, moldados nos princípios antimanicomiais.

A comunidade terapêutica é um lugar de reclusão, isolamento, pautada pela abstinência e pela retirada do circuito comunitário onde a pessoa se drogou ou adoeceu. E o tratamento, põem aspas nisso, é a abstinência forçada, a prática da internação e o isolamento. Ora, quem é que trabalha, qual é o tipo de serviço que trabalha com o paradigma da abstinência e do proibicionismo? A perspectiva terapêutica do serviço de comunidade terapêutica, que são majoritariamente evangélicas, mas são unanimemente religiosos. São evangélicas, mas são tudo

sustentados (pelo SUS⁵²). E o outro problema sério da terapêutica é o paradigma hospitalocêntrico, pautado na abstinência e no proibicionismo. A abstinência ela não é a meta. A abstinência é a meta para toda a drogadição. Todo drogadito e todo o alcoolista que for se tratar, uma hora que segurar a abstinência, que é uma doença crônica e que não vai diminuir. Agora o que a gente acha é que para ti chegar na abstinência, a abstinência não pode ser o ponto de partida. É o ponto de partida do hospital, de parar agora e total abstinência. [...] Os 600 pila para 30 mil vagas por mês, significam um dinheiro que não vai para CAPS, que não vai para atendimento de centros de convivência, que não vai para reforçar a rede, que não vai para contratar, que não vai para atendimento de consultório de rua, que são todas as alternativas que a gente sabe que precisa ter. E que não vai, principalmente, para o paradigma terapêutico contraposto ao isolamento, que é o da redução de danos (Depoimento de Silvana Chagas).

Mas o principal trunfo contrarreformista, que pode dar início a uma terceira fase da contrarreforma psiquiátrica no estado, é a criação do “Hospital Crack” (como chamado internamente no Sindicato Médico), no lugar do antigo Hospital da Ulbra, fechado em 2009. Após forte pressão do SIMERS e do CREMERS, foi assinado um termo de cooperação entre a União e o estado para a reabertura do hospital. Assim, a Unidade Álvaro Alvim do antigo Hospital da Ulbra passou à gestão federal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um dos redutos da psiquiatria contrarreformista no Rio Grande do Sul. É dentro do HCPA que fica o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CEPAD), vinculado à Faculdade de Medicina da UFRGS, que reúne o grupo de pesquisadores na medicina tido como detentor do maior capital científico relativo ao crack no estado.

O plano é concluir em quatro anos um projeto fornecendo atendimento especializado para usuários de crack, oxi e outras drogas no antigo Hospital da Ulbra. Os cálculos realizados estimam a obra em quase R\$ 10 milhões, sendo R\$ 7 milhões para a aquisição de equipamentos e R\$ 3 milhões em instalações físicas. O projeto também prevê a posterior expansão do Hospital, com a construção de quatro novos prédios contendo blocos cirúrgicos, emergências, setores de hemodiálise, hemodinâmica e oncologia e outros tipos de atendimento. Seu orçamento total é de R\$ 210 milhões, somando recursos próprios e do governo federal (Correio do Povo, 19 de dezembro de 2011).

No *Seminário Estadual: Crack Não Condene Sua Vida*, o Dr. Flávio Pechansky, professor do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, diretor do CEPAD e chefe do Programa de Dependência Química do HCPA, explicou como será o funcionamento do hospital, em especial no que tange ao atendimento de usuários de crack. Ele não se refere a este projeto como um hospital psiquiátrico ou um hospital para usuários de drogas e sim como um “centro de tratamento de usuários de drogas”,

⁵² Nota do autor.

onde haverá atendimento hospitalar específico para desintoxicação, com medicação para a fase aguda, além de atendimento ambulatorial, acompanhamento terapêutico, entre outros. Para ele, nem o CAPS ad, nem o hospital, nem a comunidade terapêutica é capaz de lidar sozinho com o usuário de crack. Seu discurso é de integração dos serviços, com ênfase na reinserção social dos usuários. Afirma que o eixo da reinserção social será coordenado por assistentes sociais. Entretanto, nesse esquema há a separação entre o trabalho do médico no hospital e o trabalho realizado pelo assistente social na reinserção social, discurso que contraria a interdisciplinaridade e a descentralização do poder de decisão na assistência à saúde mental como preconizado pelo movimento antimanicomial.

O psiquiatra critica a política nacional de saúde, afirmando que seu formato atual, ao estabelecer a redução de danos e a rede de atenção à saúde mental como mecanismos principais de atendimento, não funciona para atender as demandas dos usuários de crack, pois a redução de leitos vai na contramão da necessidade atual. Para ele, o crack é uma droga diferente, que precisa de um atendimento específico. O mote de seu discurso é a internação dos usuários de drogas. Todos os mecanismos ambulatoriais e de reinserção social servem como complemento à internação hospitalar – seguindo a lógica contrarreformista – e não como o principal meio de tratamento, como proposto na reforma psiquiátrica.

Estes são os princípios que deverão dirigir o atendimento no referido hospital e que estão atualmente no centro das políticas públicas de saúde mental no Rio Grande do Sul e no Brasil. Tal projeto não se restringe ao Rio Grande do Sul. Segundo o Dr. Pechansky, a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD) planeja construir pelo menos mais seis centros neste estilo, além de reforçar a rede com mais 7 mil CAPS ad, entre outros serviços.



Figura 7. Maquete da unidade ampliada do Hospital.
Fonte: HCPA/Divulgação/Correio do Povo⁵³.

⁵³ www.correiodopovo.com.br, acessado em 20 de fevereiro de 2012.

Mas o que constitui a evidência mais forte da consolidação do discurso contrarreformista, na esteira da epidemia do crack, é que a construção de tal centro de atendimento ocorre justamente sob o governo petista, historicamente ligado ao movimento antimanicomial. Até mesmo antigos defensores do movimento no plano legislativo apoiaram o projeto. Em depoimento à Rádio Guaíba em 27 de maio de 2011, o atual secretário da Justiça e dos Direitos Humanos do estado, Fabiano Pereira (PT), exalta o plano de construção de tal hospital:

Vai ser construído [...] uma unidade exclusivamente de tratamento, com cientificidade, com qualidade, com curso de mestrado e doutorado. Toda a unidade, todo o hospital, todos os leitos, serão destinados a atender usuários de drogas, de dependência química.

As campanhas publicitárias, as pressões políticas e o discurso científico dos psiquiatras relativos ao crack formaram a base da estratégia contrarreformista no estado. O resultado desta combinação é uma alteração para além das políticas públicas em saúde mental. Fornecendo um discurso simples e amplamente divulgado de que o usuário de crack não tem controle sobre si, que muitas vezes age “como um animal” sob efeito da droga, a coalizão contrarreformista tem o respaldo da opinião da população, como mostra a reportagem da *Folha de S. Paulo* de 25 de janeiro de 2012 (90% apoiam internação involuntária de viciados).

Com isso até mesmo algumas crenças dos agentes no campo da saúde mental foram modificadas. Ao final de 2012, a deputada estadual Miriam Marroni, também do PT, apresentou na Assembleia Legislativa o Projeto de Lei 438/2011, que prevê a criação de um sistema de internação compulsória para os usuários de drogas. Em entrevista ao *Jornal Sul 21*, em 4 de janeiro de 2012, a deputada, apesar de estar articulada com os integrantes do movimento antimanicomial na apresentação de tal proposta, mostrou ter assimilado bem o discurso da contrarreforma, ao justificar a necessidade da internação compulsória:

“A dependência da droga tira a consciência que se quer dos pacientes para que eles próprios busquem a internação. Eles perdem o juízo da realidade e a racionalidade.”

Considerações finais

Considerando a lacuna existente na literatura sobre a reforma psiquiátrica, o trabalho procura analisar a contrarreforma psiquiátrica gaúcha, sobretudo no bojo do avanço das políticas públicas de combate ao crack, que, ao adotarem o modelo médico da internação dos pacientes, têm ampliado o poder dos grupos que se posicionam contra a reforma psiquiátrica e seus procedimentos.

A dissertação primeiro discorre sobre a história do surgimento da psiquiatria e da antipsiquiatria, distintas linhas de pensamento que incitaram o debate sobre as formas de tratamento às pessoas com doenças mentais e forneceram as bases teóricas para o discurso das duas coalizões que se formaram no Brasil. A psiquiatria biológica em sua segunda fase, atrelada à coalizão contrarreformista por meio do discurso dos médicos, avança cada vez mais visando relacionar os distúrbios psiquiátricos a patologias de origem neurocerebral. Por sua vez, a antipsiquiatria, que nutre desconfiança com relação à ciência psiquiátrica e suas práticas, é o sustentáculo teórico que mantém unida a coalizão reformista.

Quanto à democracia, observa-se a influência das crenças e valores dos agentes sobre as políticas públicas. No campo da saúde mental, cada coalizão detém a crença de que determinados tipos de tratamentos e políticas públicas são mais eficazes, o que colabora para mantê-las mais ou menos coesas. De um lado, a psiquiatria e a coalizão contrarreformista adotam a crença na perspectiva biológica de que o tratamento mental deve passar pela internação em um hospital, onde ela possa ser “curada” ou pelo menos aliviada, especialmente pessoas com graves transtornos psiquiátricos ou usuários de drogas. De outro lado, uma visão mais sociológica de mundo subsidia as ações e argumentos da coalizão antimanicomial, que percebe as perturbações orgânicas como o menor dos problemas em relação à doença mental comparado às mazelas que o tratamento psiquiátrico e a internação compulsória acarretam, como a perda dos direitos de cidadania dos pacientes, em especial sua liberdade de ação e de escolha.

O poder do médico foi minado a partir dos anos 80, período da redemocratização. O modelo médico e psiquiátrico tradicional foi identificado aos mecanismos usados pela ditadura, de repressão e silenciamento daqueles que não agiam ou pensavam conforme o padrão dominante. Concomitantemente, ocorreu a emergência de outros saberes que desejavam livrar os portadores de transtornos mentais dos grilhões da psiquiatria e reinseri-los na sociedade, restituindo-lhes sua

liberdade e seus direitos de cidadania.

No Rio Grande do Sul, a reforma psiquiátrica se deu num contexto político em que os integrantes do movimento antimanicomial assumiram cargos importantes na coordenação de saúde mental da secretaria estadual da saúde no final dos anos 80. Neste período, já vinham ocorrendo algumas mudanças no principal hospital psiquiátrico estadual, o Hospital São Pedro, como a redução do número de internos desde o início dos anos 70, com programas que visavam diminuir a superlotação e reinserir os pacientes na sociedade. Ao final dos anos 80 esse trabalho se intensificou. Levados pela empolgação do contexto de redemocratização nacional, o Hospital modificou suas estruturas, permitindo a escolha das chefias internas por votação, promovendo residências multiprofissionais e pondo num mesmo patamar hierárquico médicos e outros profissionais da saúde.

Isso não ocorreu sem a resistência dos médicos, que atuavam principalmente por intermédio do CREMERS, mas de forma esparsa, por meio de processos na Justiça contra as modificações efetuadas no São Pedro. No entanto, tais ações foram inócuas. O poder dos psiquiatras não tinha mais o mesmo respaldo que antes, principalmente pelo fato de o movimento antimanicomial estar resguardado politicamente com a eleição do governador Simon em 1988. Além disso, muitos dos psiquiatras acreditavam que as estruturas asilares deveriam ser mesmo modificadas, como os que assumiram a coordenação as políticas de saúde mental, a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro e a presidência da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul neste período de transição.

A aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica também foi um processo conflituoso. Os psiquiatras conseguiram se organizar melhor desta vez, tendo o apoio de diversos parlamentares e contando com o *lobby* dos donos de clínicas psiquiátricas particulares que não queriam perder seu mercado. Mesmo assim, eles não conseguiram impedir a aprovação, em 1992, da lei da reforma psiquiátrica na Assembleia Legislativa proposta pelo movimento antimanicomial. A lei proibiu a criação de hospitais psiquiátricos e o aumento do número de leitos neste tipo de instituição.

Apesar da aprovação da lei, o novo modelo de atenção à saúde mental proposto não foi prontamente implementado. Os governos de Alceu Collares (1991-1994) e Antônio Britto (1995-1998) afastaram a coordenação estadual da saúde mental do movimento antimanicomial. Os contrarreformistas trataram de impedir que a lei fosse posta em prática de diversas maneiras. O Projeto São Pedro Cidadão, que visava diminuir os leitos de internação e transformar grande parte do Hospital Psiquiátrico São Pedro em um local de moradia para os pacientes que estavam internados lá por muito tempo, não foi posto em prática pelo gestor estadual, apesar de criado e

aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde desde 1993.

As mudanças começaram a ocorrer somente a partir de 1999, já na gestão do governador Olívio Dutra, que repassou a coordenação da saúde mental novamente para os integrantes do movimento antimanicomial. A partir de então, as políticas públicas em saúde mental focaram a criação de serviços de base aberta, entre os quais os CAPS e os serviços residenciais terapêuticos. O Projeto São Pedro Cidadão foi realizado, com o fechamento de grande parte dos leitos e a transferência os pacientes para uma moradia fora dos muros do Hospital.

No entanto, quando o governador Germano Rigotto assumiu em 2003, a coalizão contrarreformista ganhou força. Um médico assumiu a Secretaria Estadual da Saúde e se manteve à sua frente até 2010, apostando em um modelo de atenção à saúde mental que mantinha os dispositivos psicossociais, mas que priorizava a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Apesar dos leitos em hospitais gerais serem uma demanda da reforma psiquiátrica, em contraponto com os leitos em hospitais psiquiátricos especializados, a priorização do atendimento hospitalar em detrimento do atendimento ambulatorial é amplamente criticada pelo movimento antimanicomial.

Em 2004 e 2005, foram criados na Assembleia Legislativa projetos substitutivos ao da reforma psiquiátrica, permitindo a criação de hospitais psiquiátricos especializados. Ambos os projetos, no entanto, foram retirados depois de pressão do movimento antimanicomial. No plano da sociedade civil, o SIMERS lançou a campanha *Loucura é a Falta de Leitos!* em 2007, de forma a pressionar ainda mais o governo para a abertura de leitos psiquiátricos. A campanha foi relativamente exitosa, especialmente quando passou a chamar a atenção para a necessidade de leitos psiquiátricos para atender a população usuária de crack.

Em 2009, o Grupo RBS promoveu a campanha *Crack, Nem Pensar!* dando início a uma sequência de campanhas e eventos bancados por diversos grupos para combater a expansão da droga, sempre subsidiados pelo discurso médico psiquiátrico. Eles formaram uma coalizão com poder suficiente para superar o poder dos grupos ligados ao movimento antimanicomial na área de saúde mental. Para isso, salientaram a incapacidade dos CAPS e do modelo psicossocial de atender a crescente demanda da população usuária de drogas, pressionando cada vez mais os gestores estaduais para criar novos leitos psiquiátricos.

A campanha *Crack, Nem Pensar!* causou uma guinada nas políticas públicas em saúde mental e conferiu maior poder e legitimidade às políticas públicas propostas por psiquiatras sobre o que fazer com ou como tratar os portadores de transtornos mentais em detrimento das propostas de psicólogos e assistentes sociais. A questão da epidemia do crack ganhou contornos nacionais e fez

com que os médicos retomassem o seu poder e legitimidade no campo da saúde mental, conseguindo alterar, em parte, o modelo de atenção à saúde mental ao colocar a internação hospitalar e a criação de novos leitos hospitalares (agora em hospitais gerais) como as principais opções de tratamento do problema em detrimento do modelo reformista que priorizava a reinserção social e o atendimento ambulatorial dos pacientes.

O presente trabalho evidenciou que a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul foi um processo permeado por conflitos, resistências e dificuldades, envolvendo diversos grupos, estratégias e níveis de ação. A análise procurou trabalhar principalmente a coesão interna das coalizões e os pontos de conflitos entre os concorrentes, salientando como se relacionam, se organizam, se diferenciam, visando possibilitar uma visão mais ampla da ação de seus agentes e do campo da saúde mental.

Os contrarreformistas empregaram diversas estratégias de luta, a depender do momento histórico. Trataram de fazer discussões técnicas nas conferências de saúde mental, recorreram a ações e processos judiciais de modo mais ou menos esporso durante os anos 80 e realizaram *lobby* junto aos políticos na tramitação da lei da reforma psiquiátrica. Após a aprovação da lei estadual, no início dos anos 90, eles conseguiram impedir a criação de serviços substitutivos e tentaram reabrir leitos em hospitais psiquiátricos através de ações judiciais e da pressão sobre os gestores públicos. Um hospital psiquiátrico chegou ao ponto de ser premiado pela suposta qualidade do atendimento, mesmo após ter sido denunciado no Ministério Público por prender os pacientes com grades e correntes. A partir de meados da última década, publicizaram a temática da falta de leitos, priorizaram a defesa de políticas de criação de leitos em hospitais gerais (em especial para a população usuária de crack) e formaram uma grande coalizão para o embate com o movimento antimanicomial.

Com isso, eles conseguiram alterar a estrutura do campo da saúde mental, assim como o movimento antimanicomial o fez na transição da década de 80 para a década de 90. Apesar da lei da reforma psiquiátrica continuar vigente, da política oficial de saúde mental do governo ser baseada no modelo psicossocial, do aumento dos gastos em serviços extra-hospitalares nos últimos 20 anos e dos planos de reestruturação hospitalar que diminuiriam o número de hospitais psiquiátricos e de leitos nestes locais, recentemente ocorreu uma mudança no foco das políticas públicas em saúde mental. Observa-se atualmente a consolidação de um modelo de política pública em saúde mental hospitalocêntrico, que privilegia a internação em hospitais gerais e a reinserção social através do recolhimento nas chamadas comunidades terapêuticas, voltado principalmente para o atendimento

do usuário de drogas ao invés do tradicional paciente com transtorno mental.

A configuração deste novo modelo hospitalocêntrico não propõe o retorno dos loucos aos antigos manicômios, mas privilegia uma política pública centrada em hospitais gerais e centros de atendimento altamente especializados aos usuários de drogas, com o uso de tecnologias mais avançadas para o tratamento dos transtornos mentais. Este movimento ainda não apresentou explicitamente um plano sistemático para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde mental, mas aos poucos avança conquistando um espaço cada vez maior nas políticas públicas através de pequenos atos, com a criação de leitos em hospitais gerais, centros especializados para tratamento de usuários de álcool e outras drogas e a proposta da adoção de maior flexibilidade para a realização das internações compulsórias.

No entanto, cabe salientar o alerta feito pelo movimento antimanicomial a respeito do caráter higienista de tais políticas de saúde mental, que têm como centro um modelo normativo de comportamento em detrimento da liberdade individual. Este modelo está centrado na figura do médico (médico-centrado) que diagnostica, interna e trata o paciente de uma maneira individual, atomizada, com a reinserção social e os outros profissionais da saúde em segundo plano. Isto vai contra os princípios da reforma psiquiátrica e o modelo psicossocial que prega uma abordagem mais aberta e interdisciplinar e atua sobre os condicionamentos e os rótulos sociais do sujeito com transtorno psiquiátrico.

Outros traços negativos deste modelo apontados pelo movimento são originados da antipsiquiatria. Foucault lembra que o hospital não é somente local de tratamento da doença e de exercício do poder médico, mas também um espaço de criação de doenças. Do mesmo modo, Goffman salienta que as características das instituições totais (como os hospitais psiquiátricos, as comunidades terapêuticas, ou mesmo os mini-manicômios em hospitais-gerais podem, ao menos em parte, ser pensados) são incompatíveis com as exigências do mundo social e podem tornar os pacientes ainda mais “incapazes”.

Deste modo, o modelo hospitalocêntrico, apresentado como solução para os defeitos do modelo psicossocial, desperta o temor do movimento antimanicomial de que ele gere problemas para a rede de atenção integral à saúde mental muito similares aos que provocaram o movimento da reforma psiquiátrica durante a década de 80.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Marcela Peralva. **A psiquiatria biológica no Brasil**: inserção e ressonâncias. Rio de Janeiro, 2011.
- ALEXANDER, Franz Gabriel; SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA, 1980.
- ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et all. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, jan./mar., 2009.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- ANNES, Sérgio Paulo. A psiquiatria no Rio Grande do Sul nas décadas de 40/50: relato pessoal. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 159-160, 2007.
- ARAÚJO, Renata Brasil; et all. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, Aug. 2003.
- AREJANO, Ceres Braga. **Reforma Psiquiátrica**: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: MELO, Carlos Ranulfo; SÁES, Manuel Alcântara. (Orgs.), **A Democracia Brasileira**. Balanço e perspectivas para o século XXI. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007, p. 405-420.
- BERCHERIE, Paul. **Histoire et structure du savoir psychiatrique**: les fondements de la clinique – I. Tournai: Editions Universitaires, 1991.
- BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BERLIM, Marcelo; et all. Notes on antipsychiatry. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. v. 253, p. 61–67, 2003.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. Editora Perspectiva S.A: São Paulo, 1998.
- _____. **Coisas ditas**. Editora Brasiliense: São Paulo, 1990.
- _____. **O campo econômico**: a dimensão simbólica da dominação. São Paulo: UNESP, 2004.
- _____. **O poder simbólico**. Bertrand Brasil: Rio de Janeiro, 2001.
- _____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Campinas: Ed. Papirus, 2000.

BRACKEN, Pat; THOMAS, Philip. From Szasz to Foucault: on the role of the critical psychiatry. **Philosophy, Psychiatry, & Psychology**, v. 17, n. 3, Sept. 2010, pp. 219-228.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6**, ano IV, nº 6. Informativo Eletrônico. Brasília: junho de 2009 (acesso em 18/11/2011).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011a (acesso em 20/02/2012).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 9**, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011b (acesso em 20/02/2012).

CHEUICHE, Edson Medeiros. 120 years of Hospital São Pedro: a little of its history. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.26 n. 2, p. 119-120, may/aug. 2004.

COHEN, Jean L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, 2003.

COOPER, David. **Psychiatry and anti-psychiatry**. New York: Ballantine, 1971.

CORREA, Cristia Rosineiri Gonçalves Lopes. Suicide in anti-psychiatry and in psychoanalysis. **Revista latinoamericana psicopatologia fundamental**. v.11, n.3, p. 392-404, 2008.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Sistema único de saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

COSTA JUNIOR, Francisco da; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2007.

CUNHA, Leonardo de Santi Helena. **Trabalhadores de um serviço residencial terapêutico de porto alegre e a reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

DEL PORTO, José Alberto. Prefácio da 1ª Edição. In: CORDÁS, Táki Athanássios e MORENO, Ricardo Alberto (orgs.). **Condutas em psiquiatria**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **Os (des) caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: Uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.

_____. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental:**

uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

DOWNING, Lisa. **The Cambridge Introduction to Michel Foucault**. Cambridge University Press, 2008.

EYSENCK, Hans J. Classifications and the problem of diagnosis. In: _____ (Org.). **Handbook of Abnormal Psychology**. London: Pitman Medical, 1960.

FAVIEIRO, Ceres Pizzato. **Conselhos profissionais de saúde e suas transformações, a partir da nova constituição**: um estudo comparado entre os conselhos de farmácia, de enfermagem e de medicina. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

FELICE, Salvatore. **Projeto de Lei 200/2004**: introduz alterações na Lei 9716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2004.

GACH, John. Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Centuries. In: WALLACE IV, Edwin R. and GACH, John (orgs.). **History of Psychiatry and Medical Psychology**: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation. New York: Springer, 2008.

GASTAL, Fábio Leite et al. Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Fundação Calouste Goulbenkian. Lisboa, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 6ª edição. São Paulo: Perspectivas, 1999.

GOMES, Denise Cristina Ayres. **A (des)institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul**: fontes em Zero Hora. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação. São Leopoldo, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007.

GRAEFF, Frederico G. Neurociência e psiquiatria. **Psicologia clinica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2006.

HEALY, David. The Intersection of Psychopharmacology and Psychiatry in the Second Half of the Twentieth Century. In: WALLACE IV, Edwin R. and GACH, John (orgs.). **History of Psychiatry and Medical Psychology**: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation. New York: Springer, 2008.

JURUENA, Mario Francisco et al. Um paradigma para entender e tratar as doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2011.

KENIS, Patrick; SCHNEIDER, Volker. Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analytic toolbox. In: MARIN, Bernd e MAYNTZ, Renate (orgs.). **Policy networks: empirical evidence and theoretical considerations**. Frankfurt/Boulder, CO: Campus/Westview Press, 1991.

KOTHER, Maria Betraiz. Breve análise da tipologia do Hospital Psiquiátrico São Pedro. In: SERRES, Juliane C. Primon e SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (orgs.). **História da Medicina**. Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2009.

LAING, Ronald. D. **The politics of experience**. Harmandsworth: Penguin, 1967.

LEITE, Loiva dos Santos. **Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro**. Experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

LYRA, Carlos Eduardo de Sousa. Neuropsicanálise: um novo paradigma para a psicanálise no século XXI. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, Dec. 2005.

MACHADO, Sérgio Bacchi. Foucault. a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro. v.12, n.2, pp. 217-228, 2009.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: Questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa. **Loucura é falta de cuidado!** O hospital geral como um lugar possível na rede de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

MOUFFE, Chantal. Por um modelo agonístico de democracia. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, n. 25, Nov., 2005.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v.17, n.2, p. 265-287, 2007.

NETO, Francisco Lotufo, et all. Eletroconvulsoterapia. In: CORDÁS, Táki Athanássios e MORENO, Ricardo Alberto (orgs.). **Condutas em psiquiatria**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set/dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Organization, 2001.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". **Revista**

latinoamericana de psicopatologia fundamental, São Paulo, v.10, n.4, Dec. 2007.

PEREIRA NETO, André Faria. Foucault, Derrida e A História da Loucura: notas sobre uma polêmica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 637-641, jul/set. 1998.

PICCININI, Walmor; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. A Loucura e os Legisladores. **Psychiatry On-line Brazil**, v.11, n. 3, mar. 2006.

PORTER, Roy. **Madness. A Brief History**. Oxford University Press, Oxford. 2002.

_____. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1990.

RIGONATTI, Sérgio Paulo. História dos tratamentos biológicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 5, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2009-2011. Porto Alegre: Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN, 2010.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho et all. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v.13, n. 30, p. 199-207, jul/sept. 2009.

RUSSCZYK, Jaqueline. **O Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Relações Sociais e Princípios de Justificação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008.

SABATIER, Paul A. e WEIBLE, Christopher M. The advocacy coalition framework: innovations and clarifications. In: SABATIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Westview Press. Cambridge, MA, 2007.

SANTOS, Hermílio. Grupos de interesse e redes de políticas públicas. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 1, 2002.

_____. Perspectivas contemporâneas para a constituição de políticas públicas. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 5, 2005.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2011.

SCULL, Andrew. **The Insanity of Place/The Place of Insanity: Essays on the History of Psychiatry**, Yale University Press, 2005.

SCHEFF, Thomas. J. **Being mentally ill: A sociological theory**. Chicago: Aldine, 1966.

SCHNEIDER, K. Systematic psychiatry. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 107, p. 334-335, 1950.

SHORTER, Edward. **A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac.** New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997.

_____. **A Historical Dictionary of Psychiatry.** New York, Oxford University Press, 2005.

SILKE, Adam e KRIESI, Hanspeter. The network approach. In: SABATIER, Paul A. **Theories of the policy process.** Westview Press. Cambridge, MA, 2007.

SIMON, Bennett. Mind and Madness in Classical Antiquity. In: WALLACE IV, Edwin R. and GACH, John (orgs.). **History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation.** New York: Springer, 2008.

SOUZA, Vinícius Rauber e. **O campo da saúde mental no Rio Grande do Sul e a participação dos usuários nos encontros estaduais de saúde mental.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais). Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

SZASZ, Thomas. **The myth of mental illness.** New York: Hoeber-Harper, 1961.

_____. Debunking Antipsychiatry. Laing, Law, and Largactil, **Current Psychology**, v. 27: p. 79–101, 2008.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos residenciais em saúde mental – um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: _____ (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez. p. 95-132; 2000.

VECCHIOLI, Virginia. Expertise jurídica y capital militante: reconversiones de recursos escolares, morales y políticos entre los abogados de derechos humanos en la Argentina. **Pro-Posições**, Campinas, v. 20, n. 2, Aug. 2009.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.12, n.1, p. 33-49, 2005.

YÁÑEZ C. J. N. e MAGNIER A. Local governance as government business cooperation in Western democracies: analysing local and intergovernmental effects by multi-level comparison. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 32, p. 531-547, 2008.

WACHS, Felipe et all. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.