Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis

Disete Devera[1]
Abílio da Costa-Rosa[2]
Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

Resumo: Neste artigo apresentamos um levantamento histórico, documental e bibliográfico referente à história da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, buscando especificar as principais mudanças na legislação, no ideário e nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico. Partindo de sua origem e de suas características iniciais, pretendemos traçar seus contornos históricos e seu perfil atual, baseados em quatro fontes documentais: estudos anteriores, relatórios das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, Portarias ministeriais e a Lei 10.216. Demonstramos que essas diferentes frentes de transformação acabam imprimindo à RP brasileira uma complexidade ímpar em termos teórico-técnicos e ético-políticos. Constatamos que a RP brasileira assume duas configurações bem distintas ao longo de sua história: "Saúde Mental Comunitária ou Psiquiatria Preventiva Comunitária" e "Atenção Psicossocial". Nas práticas efetivas atualmente autodenominadas RP encontra-se, na maioria das vezes, uma espécie de amálgama dessas duas configurações, ao mesmo tempo permeado por importantes resquícios do modelo hospitalocêntrico. Portanto a luta da RP para superar e substituir o modelo hospitalocêntrico ainda se depara com uma forte inércia impulsionada pela presença dele dentro de suas próprias práticas. Procuramos demonstrar também que, nas diversas frentes em que se desdobra a RP, está sempre presente a mediação do jogo de forças antagônicas expresso pelo conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia, como determinante maior da possibilidade de seus avanços e retrocessos.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Psiquiatria Preventiva Comunitária; Políticas Públicas.

---

[1] Mestre pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2005). Atua como docente/supervisora na Puccamp e Unesp - Rio Claro, psicanalista/supervisora na Clínica e Centro de Estudos em Psicanálise de Rio Claro e supervisora clínico-institucional do Centro de Reabilitação Psicossial de Casa Branca credenciada pelo Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Programas de Atendimento Comunitário, atuando principalmente nos seguintes temas: psicanálise, saúde mental, saúde coletiva, atenção psicossocial, reforma psiquiátrica e políticas públicas.

[2] Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (1995). Atualmente é professor assistente doutor da Universidade Estadual Paulista Assis. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Prevenção e Tratamento Psiquico na Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental coletiva, atenção psicossocial, análise de instituições, tratamento psíquico e reforma psiquiátrica.

1. A assistência ao sofrimento psíquico e a reforma psiquiátrica

1.1. Origens

Os modelos assistenciais substitutivos ao hospitalocêntrico emergiram no Brasil em um contexto histórico determinado. Para entender esse processo é importante revisitar a história da assistência psiquiátrica e compreender alguns acontecimentos que sustentam as práticas na área da Saúde Mental em sua configuração atual.

Até o século XIX, no período pré-republicano, os "loucos" eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos do hospício.

Medeiros (1993) afirma que, no período colonial, a loucura não estava incluída nos catálogos de males, nem nos projetos da instituição hospitalar e da instituição médica. O autor reproduz um texto do psiquiatra Juliano Moreira para ilustrar esta afirmativa:

> Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viajem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (Medeiros, 1993, p. 75).

Em meados do século XIX, de acordo com Resende (1987, p.34) *"o doente mental que ainda podia desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade..."* passou a ser tratado em Santas Casas de Misericórdia.

A partir de 1830, médicos da "Academia Imperial de Medicina" passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando a opinião pública no sentido de construir um hospício para os alienados. Criticavam e denunciavam os cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro (Costa, 1981).

Dois momentos importantes marcaram o início da Psiquiatria no Brasil: *a inauguração, em 1852, do Hospício Pedro II* pelo próprio imperador D. Pedro II e a Proclamação da República em 1889, coincidente com o *advento da Psiquiatria Científica* (Amarante 1995; Costa, 1981; Figueiredo, 1996; Resende 1987). Rapidamente se forma uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social.

De acordo com Machado et al (1978),

> (...) só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria (p. 479).

Nessa perspectiva, o louco passou a ser considerado *doentio* e passível de tratamento. Baseado no princípio do isolamento, o hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica da recém criada ciência psiquiátrica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e repressão. Constituiu-se, assim, o Modelo Asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol (Barros, 1996).

Esse modelo se completa com o conjunto de dispositivos, de feições cristalizadas, criados ainda no século XIX, a partir de práticas elaboradas num contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (os médicos-chefes) e um estatuto do usuário (o alienado, definido como menor, e passível de assistência).

A partir de 1881, os médicos passaram a assumir a direção do hospício. Com a proclamação da República, o então denominado Hospício Nacional de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa, como era antes. Ocorreu, então, a

> (...) laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocará para si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia (Resende, 1987, p. 43).

Por volta de 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados, e ardente defensor da total medicalização do asilo, consegue, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei brasileira do alienado.

> Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (Machado et al, 1978, p. 484).

Assim, a assistência psiquiátrica do Brasil, no início do século XX, cumpriu uma síntese asilar, definindo mais um dos elementos de uma Política de Saúde Mental: um estatuto do usuário. A Psiquiatria abre seu caminho para a fase científica com Juliano Moreira, que propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico coerente. Em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma, embora seu ensino tenha começado em 1883, ano em que ocorreu também um aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil.

Em 1901, segundo momento da Psiquiatria Científica, fundou-se o Juqueri, como proposta de "Asilamento Científico" sob a influência da Psiquiatria Alemã e seus conceitos fundamentais, a degenerescência e eugenia. O Dr. Franco da Rocha fala pouco sobre a terapêutica no asilo, cujo Hospital foi construído com materiais vindos da França. Já na época havia discussão sugerindo a descentralização desse serviço.

O modelo de colônias passou a ser copiado em várias capitais pelo Brasil. Em todo o país proliferam hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para doentes mentais com a idéia de tratar e reeducar pelo trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado. Porém, os serviços criados, a princípio, para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais incharam com o recolhimento de toda gama de excluídos (órfãos, mendigos, prostitutas, etc.), para os quais não havia quaisquer outras estruturas fora do Hospício.

Em História da Psiquiatria no Brasil (1981), Jurandir Freire Costa estuda, no período de 1928 a 1934, o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental na formação do pensamento psiquiátrico brasileiro. Fundada em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga teve como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais, através da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras. A princípio, a liga seguiu a orientação inicial, mas

em 1926, seus psiquiatras passaram a elaborar projetos que extrapolavam essa orientação e visavam à prevenção eugênica e à educação dos indivíduos.

É nesta conjuntura que aparece Ulisses Pernambucano. Precursor da psiquiatria social brasileira atuou, da década de 20 à de 40, trabalhando pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes, nos hospícios. Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados (Cerqueira, 1989), para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente. Podemos considerar que vemos aqui o aparecimento de uma primeira figura da Reforma do Modelo Hospitalocêntrico recém surgido: criação de instituições abertas, mas ainda suplementares.

A partir de 1931, desenvolveu-se uma tendência que passou a condenar a mestiçagem e a atribuir a todos os indivíduos não-brancos um caráter patológico. A solução seria o saneamento racial através da eugenia. Apareceram os macro-asilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das Instituições Filantrópicas.

Em São Paulo, no final de 1950, o Juqueri continuava sendo o grande centralizador de pacientes, totalizando então 13.019 internos, chegando ao número de 14.393 em 1965, quando, então, se iniciou a política de redistribuição para entidades privadas. Tanto o Governo do Estado de São Paulo quanto o Governo Federal adotaram essa política, determinando a subseqüente expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (Barros, 1996).

Os hospícios, hospitais e colônias, no final da década de 50, tinham como características a "superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores quanto as dos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão[3] denunciava quase 100 anos antes" (Resende, 1987: 60). O panorama geral da assistência psiquiátrica era sombrio; o poder público muito pouco ou quase nada fazia, e o movimento internacional de desinstitucionalização do pós-guerra não repercutiu no país de maneira significativa (CERQUEIRA, 1989).

No período que se seguiu ao golpe militar de 1964, a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa emergiram determinando novos rumos para a assistência psiquiátrica, estendendo a sua cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. Implanta-se, nesse período, uma rede de hospitais particulares conveniados com o poder público, negócio altamente rentável para a iniciativa privada. Em relação à assistência extra-hospitalar, até 1961, contava-se com apenas 17 Ambulatórios Psiquiátricos, em todo o País (RESENDE, 1987).

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário apresentava-se em crise financeira devida aos gastos com contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos (Giordano Junior, 1989). Esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da Atenção em Saúde Mental que se iniciam ainda na década anterior (Costa-Rosa, 1987).

---

[3] Primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados ardente defensor da total medicalização do asilo, e que consegue, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei do Alienado em 1886 (MACHADO et al, 1978).

1.2. Sementes da Reforma Psiquiátrica em anos de chumbo

É num contexto de crise geral, sobretudo política, econômica e social – ditadura militar, alta concentração de renda: "... um dos maiores arrochos salariais impostos aos trabalhadores, sindicatos sob intervenção, repressão política, censura à imprensa." (Yasui, 1999: 40), surgimento das primeiras reações populares organizadas – que se travará uma série de movimentos pela reformulação da Atenção em Saúde Mental no Brasil. Esses movimentos são realizados principalmente por trabalhadores do setor, sensibilizados pela situação crítica em que este se encontrava. Costa-Rosa, 1987, propõe uma análise deste momento e deste processo utilizando os conceitos de "Processo de Estratégia de Hegemonia"[4] e de "intelectuais orgânicos", de Gramsci, sustentando a hipótese de que, no contexto histórico daquele momento, essa era a única forma viável de organizar contra-reações.

É também nesse trabalho de Costa-Rosa que ficamos sabendo da existência de um amplo e complexo processo de lutas que foram travadas nessa época, principalmente na cena das relações desse conjunto de profissionais com os representantes dos hospitais psiquiátricos (Federação Brasileira de Hospitais). Com base neste autor apresentaremos, a seguir, uma síntese desse movimento que, como veremos, tem sua base teórica e ética na Psiquiatria Preventiva Comunitária americana.

Luiz Cerqueira, um dos principais atores desse processo, situa o primeiro passo do primeiro movimento pela transformação da Saúde Mental no Brasil, a partir de 1967. Nesse ano ocorre um encontro, cujos princípios foram consignados na "Ata de Porto Alegre": pela primeira vez se fala em criação e ampliação da rede extra-hospitalar, fala-se também em reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais, integração da Saúde Mental à Saúde Pública e aceleração dos programas de formação de pessoal.

O segundo passo é realizado em 1968 na I Conferência de Saúde Mental das Américas (no Texas), em que são ratificadas as propostas da Ata de Porto Alegre, à qual acrescentam a proposição de realizar estudos epidemiológicos. Também é aí que se fala, pela primeira vez, na criação de serviços de modalidade comunitária. A esta reunião compareceram os principais professores das escolas médicas brasileiras.

---

2. O Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) é um conceito de Gramsci que nos permite analisar, em termos molares, certas linhas de composição das formações sociais: pulsações que as organizam e que nelas se atualizam (Gruppi,1978). No caso das instituições de Saúde Mental, o PEH permite analisar e compreender o jogo de forças que nelas se mostra, contrapondo os aspectos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) aos do Paradigma Psicossocial (PPS), quanto a saberes, práticas, aspectos jurídicos, ideológicos e culturais (Amarante, 1995). O PEH compreende um conjunto de práticas relacionadas à estratégia e tática, destinadas a manter a Formação Social, a instituição ou a sociedade como um todo, em equilíbrio dinâmico; dado tratar-se de uma realidade segmentar e contraditória quanto aos interesses e visões de mundo que aí necessariamente se atualizam. Essa segmentaridade tende à polarização. Daí podermos falar em PEH como esforço de manter em equilíbrio dinâmico os interesses dominantes e os subordinados. Do lado dominante vemos um conjunto de práticas de efeitos repressivos e ideológicos, alem de um conjunto de concessões táticas seguidas de sua recuperação (Guattari, 1981). Do lado subordinado há também um conjunto de práticas que, devido à dominância ideológica e material do pólo socialmente dominante, são concordes com os interesses desse pólo, e os reproduzem. Mas há também um conjunto de reivindicações, às vezes ativas, outras vezes mesmo passivas e aparentemente inadvertidas (como "entrar em crise"); além de um conjunto de práticas alternativas que às vezes chegam a aspirar à elaboração de uma hegemonia alternativa à dominante; ou seja, podem consolidar-se as aspirações de tornar hegemônicos os interesses até então socialmente subordinados. O caso das instituições de Saúde Mental, neste momento histórico, é bastante bem ilustrativo desse processo. Aí se vêem os efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia entre visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas, que se expressam já em uma práxis na qual é possível visualizar uma transição paradigmática, do PPHM para o PPS. Essa prática cotidiana tem gerado o ideário e as experiências da Reforma Psiquiátrica, em torno dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS) num determinado Território.

O terceiro passo ocorre em 1969 no Chile (Encontro de Viña del Mar) com a presença do ministro da Saúde do Brasil. Aí, mais uma vez, se enfatiza a meta de implantação de um sistema de Psiquiatria Comunitária no Brasil.

Em 1970 (quarto passo) realiza-se em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana. Destaca-se a ênfase na criação de um organismo normativo de âmbito nacional com liderança efetiva. Reafirma-se o objetivo de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Na oportunidade é designado um grupo de trabalho para estudar as bases da reformulação da Assistência Psiquiátrica no país, cujo relatório enfatiza como

> (...) um IMPERATIVO A REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PREVIDENCIÁRIA 'uma vez que o INPS (Instituo Nacional de Previdência Social) está em posição privilegiada para desencadear processo renovador'. Por ser o maior comprador de serviços, têm plenas condições de corrigir as distorções da assistência psiquiátrica brasileira (Lopes, 1982, p. 36, citado por Costa-Rosa, 1987, p. 158).

Em 1972 ocorrem simultaneamente o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile, com a presença do representante brasileiro. A partir daí ficou firmado um "Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil", válido até 1974.

Em 1973 aprova-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social, que serve de base para a Portaria do Ministério da Saúde, de 1974. Esses documentos guardam estreita relação com os princípios da Psiquiatria Preventivo-Comunitária americana. Ainda como parte das transformações em âmbito federal foi nomeado um profissional para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em sintonia com o movimento, que faz reformulações no Órgão, chegando a implantar algumas práticas pioneiras.

Esses avanços de reformulação do modelo hospitalocêntrico sofrem, entretanto, já em 1975, uma inflexão importante. Nesse ano, já com outro ministro da saúde, são canceladas as experiências que vinham sendo realizadas na DINSAM (Engenho de Dentro, RJ), o diretor é demitido, e nomeia-se, para seu lugar, um coronel-médico. Outro bastidor importante da luta, nesses tempos, é o Congresso Nacional, onde é votada a lei 6.229, que privilegia, outra vez, também no discurso oficial, o Hospital Psiquiátrico e seu modelo de tratamento. Entretanto, tal lei, devido às resistências que provocou, em 1978 ainda não havia sido regulamentada.

Por outro lado, há uma série de documentos indicando que, nesse meio tempo, o grupo de profissionais que havia estado à frente da luta pelas transformações até 1973, não se dá por vencido. Mudando claramente, a partir daí, sua estratégia de ação, avaliam que o Estado de São Paulo, por uma série de características e circunstâncias é o local mais adequado para o desencadeamento de uma reação em cadeia no território nacional, com os mesmos objetivos anteriores: transformar as práticas e a política de Saúde Mental com base no Modelo Comunitário. Os documentos são inequívocos mostrando que ainda em 1973 ocorrem vários encontros regionais dos profissionais do setor da Saúde Mental, comandados a partir de São Paulo.

O primeiro desses encontros ocorre em Florianópolis (Doc. 16, apud Costa-Rosa, 1987: 178) coordenado pela DINSAM. Preconizam a consolidação de instrumentos legais adequados à nova orientação assistencial-preventiva e reafirmam os princípios preventivo-comunitários. Presentes: ES, MG, RJ, GB, PR SC e RS.

O segundo passo da nova estratégia para implantar no Brasil o modelo Preventivo-Comunitário ocorre no I Encontro Estadual de técnicos de Saúde Mental realizado na USP,

em São Paulo, no mesmo ano de 1973. Foram convidadas mais de cinqüenta entidades, entre associações e instituições nacionais e estaduais (idem). Os dados históricos, registrados em documentos da época, nos dão conta de que as pretensões articuladas nesse I Encontro da USP se vêem findadas. Luiz Cerqueira faz o rescaldo do movimento (1989).

Finalmente, não podemos deixar de mencionar, ainda, um último encontro extemporâneo ocorrido em São Paulo, na USP de Ribeirão Preto em junho de 1975: I Jornada Paulista de Psiquiatria Preventiva, para um círculo mais restrito de participantes, porém com a presença do diretor da DINSAM, que apresenta um texto enunciando nada menos que: "Um Programa de Psiquiatria Preventiva para o Brasil"

A ata desta jornada, assinada por Luiz Cerqueira, atesta mais uma vez a perseverança, até a exaustão, de alguns dos profissionais que tinham estado na frente de luta, quando de seu maior calor. Os mesmos que agora, quase se recusando a admitir seu recrudescimento, insistiam em não querer "voltar p'ra casa" (Costa-Rosa, 1987: 179).

Além de importantes transformações no ideário, outro saldo importante dessas lutas foi a implantação de várias experiências estaduais, com maior o menor perenidade, baseadas nos princípios preventivo-comunitários: casos de destaque são Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia (Devera, 2005: 33). Embora tais avanços tivessem seu valor redimensionado pela crítica posterior, feita com base nos avanços gerais propostos pelo movimento internacional de Alternativas à Psiquiatria, è possível demonstrar que eles marcaram profundamente a fisionomia da Reforma Psiquiátrica, tal como ela foi realizada nesses Estados da Federação e posteriormente no Brasil, sobretudo na década de 80.

Vários autores têm feito referências aos acontecimentos da década de 70 no setor da Saúde Mental, porém de forma esparsa e lacônica. Pensamos que eles podem ganhar outra dimensão quando situados no contexto descrito acima.

O Ministério da Previdência Social criou a Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria, a qual propunha mudanças à assistência psiquiátrica. Esta comissão foi liderada pelo prof. Luís da Rocha Cerqueira que, em 1971, assumiu o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Durante sua gestão foi apresentado um programa de trabalho que redirecionava a assistência psiquiátrica, apontando para a redução dos macro-hospitais, instalação de unidades extra-hospitalares e diversas outras propostas (Devera, 2005: 32).

Há que se destacar a figura de Luís da Rocha Cerqueira, ativo nos meios acadêmicos e professor universitário no Rio de Janeiro e em Ribeirão Preto/SP, psiquiatra alagoano, disseminou idéias de humanização da assistência e de respeito aos direitos do doente mental. Defendia a necessidade de uma política nacional de Saúde Mental definida, pela organização de um sistema de atenção diversificado e não-hospitalocêntrico e a construção de parâmetros de avaliação de eficácia dos serviços, especialmente para fiscalização de leitos contratados (Figueiredo, 1996; Pitta-Hoisel, 1984). Discípulo de Ulisses Pernambucano, Cerqueira foi um dos pioneiros da psiquiatria social brasileira e um veemente crítico do modelo assistencial hospitalocêntrico.

Conforme descreve Resende (1987), a década de 70 caracterizou-se pelas denúncias de grupos de profissionais contra a "indústria da loucura", condenada como dispendiosa e cronificadora. O sistema acolheu as denúncias e elaborou uma infinidade de novas propostas, ordens de serviço oriundas do Ministério de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social. Foram, então, introduzidas as proposições da Medicina Comunitária e Medicina Preventiva, como estratégias de expansão dos cuidados psiquiátricos à população não-previdenciária. Assim, diversos Estados, tais como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia iniciaram a reformulação de sua

rede de assistência, para tentar superar o modelo hospitalar-custodial (Delgado, 1987). E o fizeram a partir das premissas da Psiquiatria Preventiva Comunitária (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1983) tal como foi propagada através do famoso livro "Princípios de Psiquiatria Preventiva" (Caplan, 1980).

1.3. A Reforma Psiquiátrica: consciência de si para si do MTSM[5]

A seara dos anos de chumbo, cujas sementes nunca pararam de germinar, vai recebendo, nesse meio tempo, outros insumos fundamentais. Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro.

> "O congresso possibilitou a vinda ao Brasil de diversos e importantes nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia, que iniciaram uma série de debates e conferências pelo Brasil" (Yasui, 1999, p. 67).

Era o primeiro contato, ao vivo, com outras idéias e correntes da "Psiquiatria Alternativa" além do Preventivismo comunitário norte-americano.

O ano de 1978 é também o marco escolhido por Paulo Amarante para o início da Reforma Psiquiátrica, justamente a partir de uma crise na DINSAM (Amarante, 1995: 51). A esse episódio segue-se uma série de outros que dão consistência, organicidade e visibilidade ao "Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)". Parece-nos apropriado considerar que, a partir de 1978, o MSTM assume consciência de si e para si, passando a assumir os significantes "Reforma Psiquiátrica" – parafraseando os já consagrados "Reforma Sanitária" – como designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, realizadas a partir desse momento. Essas ações estão em continuidade, em termos gerais, com aquelas que vinham sendo realizadas anteriormente na mesma direção e sentido, já a partir da década de 60, conforme demonstrado por Costa-Rosa (1987).

É verdade, entretanto, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica, designado como tal, ganha maior visibilidade no final dos anos 70.

> (...) passou a ser animado por uma nova geração de trabalhadores de Saúde Mental, que começou a ingressar nas instituições psiquiátricas em grande número no final dos anos setenta e, especialmente, início dos anos oitenta (Yasui, 1999: 74).

Essa entrada de trabalhadores foi motivada justamente por transformações institucionais baseadas nos princípios organizativos do preventivismo comunitário (Devera, 2005). Também é a partir dessa época que a luta pela transformação da Assistência Psiquiátrica no país ganha estreita vinculação coma as questões políticas que agora se explicitam na agenda da sociedade: democratização e anistia a presos políticos, entre outras. Ao mesmo tempo o debate sobre a loucura, a violência institucional e a segregação a que ela está submetida, ultrapassa os muros do Hospital Psiquiátrico, das universidades e ganha domínio público, através de uma série de denúncias na imprensa (idem).

---

[5] O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) é um coletivo de trabalhadores que tem tomado para si a incumbência da gestão da agenda da Reforma Psiquiátrica. No limite podem ser todos os trabalhadores de Saúde Mental em diferentes movimentos, entre estes, destacou-se a "Plenária de Saúde Mental" (observação participante de um dos autores).

A partir do início da década de oitenta desdobra-se uma série complexa de acontecimentos, principalmente nos Estados da federação que haviam elegido governos democráticos. Um conjunto importante de dados indica que nessa ocasião é, ainda, o Modelo Preventivo Comunitário que serve de arcabouço teórico-técnico para as primeiras reformas psiquiátricas (Costa-Rosa, 1987).

Não haverá relação disso com o fato de que em 1982, surgiu a portaria 3108 (2004a) do MPAS, atribuindo ao Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONAP) a avaliação e implantação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica?

Análises feitas indicam que esses acontecimentos significam um avanço do modelo da comunidade terapêutica para a introdução de parâmetros de uma rede extra-hospitalar (Cerqueira, 1989). Essa rede extra-hospitalar é justamente a rede de serviços hierarquizados e estratificados por níveis de complexidade (prevenção primária, secundária e terciária) oriunda da Psiquiatria Preventiva Comunitária e da Psiquiatria de Setor Francesa que foi implantada em São Paulo a partir de 1983 (Pitta-Hisel, 1984).

Em 1986, através da Portaria Ministerial 3344, o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) constituiu um grupo assessor de trabalho para definir e propor normas operativas na área de Saúde Mental para a rede própria, contratada e credenciada, dentro das diretrizes das Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo principal, era a redução das internações psiquiátricas, desenvolvendo o atendimento extra-hospitalar, e inter-setorial. Aqui já vemos um desdobramento direto do movimento da Reforma Sanitária que está em ação no país. O projeto AIS é um dos seus mais importantes desdobramentos práticos, verdadeiro germe do Sistema Único de Saúde (SUS) que será implantado posteriormente com uma série de conseqüências político-administrativas para a organização das práticas em Saúde Mental (Cesarino, 1989).

Até meados da década de 80 podemos deixar estabelecido um perfil das transformações no campo da Saúde Mental com base nas ações do Ministério, cuja política dominante fez prevalecer, mesmo com dissonâncias discursivas, o modelo hospitalocêntrico assistencial-privatista, médico-centrado e medicamentoso, financiado pelo Estado. A partir daqui vamos encontrar um conjunto de ações mais efetivas já realizadas sob a égide dos movimentos autodenominados Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Desta última nos interessa destacar: as Conferências Nacionais de Saúde Mental, vários Encontros e Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental, as Portarias Ministeriais e a Lei 10.216/2001. De tudo isso deriva um conjunto de princípios que estão na base se uma série de experiências e práticas, em âmbito estadual e, sobretudo, municipal. Essas experiências municipais de Reforma Psiquiátrica só vão poder ocorrer em conseqüência do processo de municipalização, desencadeado pela Reforma Sanitária, que propiciou aos municípios condições de autonomia política e administrativa no setor Saúde com que não tinham contado até então.

1.4. Dois projetos singulares da Reforma Psiquiátrica

Antes de abordarmos as Conferências Nacionais de Saúde Mental, as Portarias ministeriais e a Lei 10.216, objetos principais deste artigo, é necessário mencionar duas experiências práticas fundamentais, por seu pioneirismo e por sua importância revolucionária. Elas alimentaram em ternos políticos, teórico-técnicos e éticos vários dos movimentos dos trabalhadores de Saúde Mental a partir das décadas de 80 e 90.

Em 1987 foi criado o "Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)", ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental, no final da primeira gestão democrática estadual de São Paulo. O primeiro "CAPS" do Brasil seguiria uma trajetória própria experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, principalmente da Psicoterapia Institucional francesa (Golgberg, 1996) e da Psiquiatria Democrática italiana. A divulgação dessa experiência, começando com o trabalho pioneiro de Yasui, 1989, permitiu a multiplicação de uma série de experiências similares pelo Brasil. Devem-se ao CAPS os significantes que nomeiam, pós década de 80, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial.

Em 1989 iniciou-se na cidade de Santos, também no Estado de São Paulo, a gestão municipal que poria em prática, durante os anos seguintes, uma experiência no campo da Saúde Mental absolutamente inédita no Brasil. Inspirados na Psiquiatria Democrática italiana, principalmente na meta da desinstitucionalização, e na experiência de Trieste, que aboliu o Hospital Psiquiátrico, os gestores municipais fecharam o hospital psiquiátrico do município e implantaram em seu lugar uma rede integrada de instituições, das quais os "Núcleos de Apoio Psicossocial" (NAPS) eram os eixos principais. Regionalizados, os "NAPS" eram responsáveis pelo atendimento integral às demandas de sofrimento psíquico dos territórios em que se localizavam. Tais como o "CAPS", serviram de inspiração e paradigma para muitas das transformações que vêm se processando no país (Nicácio, 1994).

As diferenças entre os CAPS e os NAPS, que parecem tender a ser elididas nos documentos oficiais do executivo nacional, principalmente nas portarias, merecem um capítulo à parte na análise da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Amarante e Torre, 2001, já deram o primeiro passo especificando os CAPS como instância intermediária que supõe, portanto, a existência do Hospital Psiquiátrico, e o NAPS como dispositivo integral e substitutivo ao Hospital. Certamente compreenderemos melhor as vicissitudes da Reforma Psiquiátrica Brasileira quando compreendermos os fatores desse amálgama NAPS/CAPS.

A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde elege o significante CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, outorgando-lhe, em alguns casos (CAPS III), o estatuto de instância-eixo da Atenção no Território; assimilando, dessa forma, um dos princípios importantes que norteavam os NAPS.

Abordaremos, daqui em diante, as transformações produzidas a partir de três setores fundamentais das pulsações que impulsionam a Reforma Psiquiátrica: aquelas organizadas a partir das ações diretas da sociedade civil e dos trabalhadores de Saúde Mental, sobretudo as CNSM; a Lei 10.216, originada do Legislativo e as portarias ministeriais exaradas pelo Executivo para o setor da Saúde Mental até 2004.

2. Três dispositivos maiores da reforma psiquiátrica

A noção de dispositivo nos permite analisar os contornos molares e moleculares das transformações produzidas. Os efeitos instituídos em Relatórios, Leis e Portarias são apenas os registros momentâneos das pulsações instituintes, necessariamente mediadas pela ideologia e o imaginário, nos contornos do Processo de Estratégia de Hegemonia, em que se processam os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.1. As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM)

As CNSM têm operado transformações complexas na atenção ao sofrimento psíquico. Seus efeitos se desdobram em político-jurídicos, teórico-técnicos, culturais e éticos. Elas ocorrem após a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que foi um marco decisivo no processo da Reforma Sanitária, e produziu transformações fundamentais em todo o campo da Saúde.

Em 1987, no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (Brasil/MS, 1987) que reafirma as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Brasil/MS, 1986) que, em 1986, tinha formulado a proposta de Reforma Sanitária, definindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A VIII CNS também defendeu a reestruturação do modelo assistencial em Saúde Mental, criticando fortemente o hospitalocentrismo e o institucionalismo dominantes, dando destaque, sobretudo, à necessidade de revisão da legislação psiquiátrica, pondo em foco a preservação dos direitos dos chamados doentes mentais.

Três questões importantes fizeram parte da agenda da I CNSM: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação. Seu relatório trouxe como propostas a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e a reorganização dos serviços existentes no País, a definição de uma política de recursos humanos, assim como a reformulação da legislação ordinária.

Apesar de ter estabelecido uma Política Nacional bem definida, isso não foi suficiente para que tal política fosse implantada. Entretanto, a ocorrência desta Conferência fomentou um grande movimento por parte dos trabalhadores, em busca da implantação de inúmeros projetos que se colocavam como substitutivos à assistência psiquiátrica clássica. As práticas resultantes deles permitiram constatar a viabilidade da política antimanicomial.

A partir da I CNSM, na nova conjuntura do País, intensificaram-se os movimentos a favor da Reforma Sanitária cuja bandeira de luta sempre foi o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. O crescimento do Movimento Sanitário foi acompanhado pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e de Núcleos de Saúde Mental que organizaram vários eventos. Entre eles se destaca o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, onde os técnicos da Saúde Mental de diversas profissões, e de diversos estados do País, discutiram o papel político que deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial nesse setor (Yasui, 1999). Outro evento pós ICNSM que merece destaque é a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina realizada em Caracas, em novembro de 1990. Constituiu-se num outro momento importante que muito contribuiu para o debate das propostas da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi realizada com patrocínio das Organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPS/OMS) e com a participação de Ministérios de Saúde, Justiça e Seguridade social, parlamentares, delegações técnicas e outras forças políticas nacionais de vários países: Argentina, Chile, México, Uruguai, Nicarágua e o Brasil. Do resultado dessa Conferência, descrito em documento denominado "Declaração de Caracas", foi mais uma vez reconhecido que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; que os recursos, cuidados e tratamentos prestados devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; e que se deve propiciar a permanência da pessoa doente em seu meio comunitário (Declaração de Caracas, 1991).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) (Brasil/MS, 1992), realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, é resultado de longo processo democrático de luta que teve alguns eventos marcantes para a sua efetivação. Nesse ínterim ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde, que aprovou o fortalecimento da luta pela vida, da ética e da municipalização da saúde, dando ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais. Enfrentando as resistências veladas à sua realização, a II CNSM foi sendo construída, através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores e setores (sociais, políticos e culturais), nas conferências municipais, regionais e estaduais (Brasil/MS, 1992).

Os conceitos de Atenção Integral e Cidadania foram direcionadores das deliberações da II Conferência, referentes aos temas centrais: Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania. Com respeito ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90) e a efetivação da municipalização da saúde, garantindo assistência integral e substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificados e qualificados.

Com relação ao financiamento, entre outras recomendações, estão as de assegurar um mínimo de 3% do orçamento municipal para a área; estabelecer prazos para a progressiva desativação de leitos para usuários de longa permanência, substituindo-os por lares abrigados; criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede hospitalar contratada, em benefício da rede extra-hospitalar; estabelecer formas de remuneração que viabilizem e incentivem a criação de serviços municipais como Hospital-Dia e Centros de Atenção Psicossocial.

Quanto aos aspectos legais, ressalta-se a necessidade de revisar a atual legislação brasileira, no sentido de garantir os direitos de cidadania dos doentes e a diretriz de prescrever a utilização de internação como último recurso terapêutico. Recomenda-se, ainda, que os municípios incluam a Saúde Mental nas instâncias de vigilâncias epidemiológica e que os dados obtidos subsidiem o planejamento de ações (Ministério da Saúde, 1994b).

Devido ao amplo debate suscitado, e à produção de propostas e recomendações bem elaboradas, a II Conferência constitui, sem dúvida, um importante marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. A efetivação dessa política passa necessariamente pela municipalização da Saúde, conforme diretriz/recomendação da II Conferência Nacional de Saúde Mental. E a adoção de conceitos como Território, regionalização das ações de saúde e eqüidade, derivados do ideário da Reforma Sanitária, são ações e providências que verdadeiramente possibilitam o rompimento com o Modelo Hospitalocêntrico. Apesar das resistências do modelo dominante, e das dificuldades de consolidar a implantação de ideário tão amplo e complexo, várias transformações têm sido implantadas por todo o país: redução do número de leitos psiquiátricos, mudanças ideológicas e mudanças na legislação, implantação de instituições substitutivas ao Hospital Psiquiátrico, mudanças culturais na imagem dos sujeitos do sofrimento psíquico, pela população. As transformações na auto-imagem, que dependem de fatores ainda mais complexos,também já se esboçam.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, tendo como tema “Cuidar Sim, Excluir Não”, ocorreu havia menos de um ano da aprovação da Lei Federal de Saúde Mental 10.216 (Brasil/MS, 2001).

Essa conferência representou o fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de Atenção em Saúde Mental totalmente substitutivo ao hospitalocêntrico. Seu relatório reflete a consciência dos atores da Reforma Psiquiátrica de que a formação dos trabalhadores é um dos elementos decisivos para a construção e viabilização das práticas

substitutivas ao Modelo Hospitalocêntrico. Várias proposições foram aprovadas visando alcançar esse objetivo. Cabe acompanharmos sua realização em termos de política pública. Por outro lado, o Ministério da Saúde tem empreendido ações importantes como os "Pólos de Capacitação Permanente" e as Análises Institucionais e Supervisões de CAPS.

As CNSM, como dispositivo, têm mostrado a sua importância decisiva para os avanços da Reforma Psiquiátrica, embora sua ocorrência tenha sido esporádica. As transformações propostas por elas incidem, antes de tudo, no ideário, embora as transformações nas práticas não sejam de modo algum desprezíveis. Uma análise mais detalhada não teria dificuldades em demonstrar que essas mudanças dependem dos desdobramentos da luta que se trava pela hegemonia no setor da Saúde. Só superando uma série de vicissitudes dessa luta será possível chegar à efetivação prática de todas as propostas da agenda dessas Conferências. Alem da luta pela hegemonia ideológica, teórico-técnica e ética, é necessário superar, ainda, uma série de outras dificuldades como toda a inércia do imaginário popular sobre a loucura e os modos de "lidar" com ela, tanto por parte da sociedade (com destaque para os familiares) quanto por parte dos próprios trabalhadores como agentes institucionais, dos quais se espera a construção dos dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico.

A análise das CNSM deixa confirmada uma certeza: quando acionadas, são capazes de atualizar a diversidade das pulsações transformadoras, a partir do nível local, dando, como nenhum outro dispositivo da Reforma Psiquiátrica, voz aos principais interessados na transformação: os sujeitos do sofrimento psíquico, seus familiares e a própria população.

2.2.1. As Portarias Ministeriais

As Portarias ministeriais podem ser consideradas tanto como tentativas a serviço de pôr em prática as diretrizes do discurso instituinte da Reforma, quanto como ações a serviço do discurso instituído, caso em que legalizam normatizando, burocratizando e assepciando o instituinte. Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais (Amarante, 1995) – portanto, marcado por tensões, desafios e conflitos. Por isso consideramos essas tentativas de neutralizar o instituinte, não como aberração, mas como uma característica da luta pela hegemonia, que se trava entre os interesses contraditórios do campo da Saúde. Por se tratar, no caso das portarias ministeriais, de concessões táticas do executivo às reivindicações dos trabalhadores e da sociedade, a práxis que elas designam acaba sofrendo efeitos marcantes da inércia do instituído.

Costa-Rosa (2000) avalia como fundamental compreender as instituições, em duas vertentes: instituída e instituinte. Lança mão da concepção de Lourau (1995), que entende que a vertente instituída representa o produto, o resultado da atividade instituinte através da regulação das atividades sociais, através das normas, padrões e leis. Porém a mesma instituição apresenta também sempre sua vertente instituinte, dimensão institucional em que as forças molares e moleculares que a compõem, como dispositivo de produção, operam no âmbito molecular e nas fissuras do instituído provocando rupturas e gerando transformações institucionais na direção do novo. Na perspectiva de nossa análise essa polaridade instituído-instituinte deve ser lida como unidade e luta de contrários, como repetição da diferença motivada antes de tudo pelas pulsações instituintes, mesmo que as portarias sempre venham a reboque das transformações institucionais mais amplas, como podemos perceber a seguir:

Portaria 189 (novembro/1991) Dispõe sobre a compatibilidade dos procedimentos das ações em Saúde Mental com o modelo assistencial proposto.

Portaria 224 (janeiro/1992) Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Atendimento ambulatorial (UBS, CS, ASM) de NAPS e CAPS e o atendimento hospitalar (HD, Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral e Hospital Especializado em Psiquiatria);

Portaria 407 (abril/1992) Dispõe sobre a autorização para cadastramento de hospitais psiquiátricos no grupo de procedimentos – Internação em Psiquiatria III.

Portaria 408 (dezembro/1992) Dispõe sobre a inclusão no SAI-SUS dos procedimentos para tratamento em psiquiatria, realizados pelo INAMPS, mediante proposição da Secretaria Estadual de Saúde.

Portaria 63 (abril/1993) Cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAAPH) e nomeia seus membros.

Portaria 88 (julho/1993) Estabelece critérios explícitos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais em psiquiatria III e IV. Prorroga o prazo de validade do código de procedimentos Internação em Psiquiatria III.

Portaria 145 (agosto/1994) Dispõe sobre a criação de um subsistema de supervisão, avaliação e controle da assistência em Saúde Mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação, das normas em vigor.

Portaria 147 (agosto/1994) Dispõe sobre a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma suscetível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica. Assegura medicamentos básicos de Saúde Mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de Saúde que disponham de atenção em Saúde Mental.

Portaria / GM 1077 (agosto/1999) Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Portaria 106 (fevereiro/2000) Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos".

Portaria 799 (julho/2000) Institui no âmbito do SUS, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. O programa prevê a implantação de grupos técnicos nos âmbitos federal, estadual e municipal, com a participação de representantes das equipes de Saúde Mental, vigilância sanitária e Unidade de avaliação e controle.

Portaria 1220 (novembro/2000) Regulamenta a portaria 106, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS.

Portaria 251 (janeiro/2002) Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Tem por objetivo reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno porte (até 80 leitos) e médio (160 leitos), com substituição progressiva dos macro-hospitais.

Portaria 336 (fevereiro/2002) Acrescenta novos parâmetros aos da portaria 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece diferenciação a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria mecanismos de financiamento próprio para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.

Portaria 189 (março/2002) Regulamenta a portaria 336/2002, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS, ampliando o financiamento daqueles serviços.

Portaria 816 (abril/2002) Institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Portaria 817 (abril/2002) Regulamenta a portaria 816/2002, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS. Utilizou-se, para análise da Portarias, o texto oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Dentre as portarias acima descritas cabe destaque para as que subsidiaram a implantação de serviços extra-hospitalares como referido na PM 224/92, a PM 106/2000 e a PM 336/2002 que marcam, progressivamente, momentos de mudança que possibilitaram o credenciamento de serviços desta natureza. Como também PM 63/93 que cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAAPH), e a PM 88/93 que estabelece critérios explícitos para o processo de credenciamento dos hospitais em psiquiatria III e IV, de forma que assim se instrumentaliza o Estado no sentido de regular e supervisionar as práticas hospitalares. Porém mesmo na Reforma Psiquiátrica oficial, via portarias e legislação, pode notar-se uma ambigüidade entre os paradigmas "Psiquiátrico" e aquele que tem sido designado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica como "Psicossocial", quando observamos que muito do que se apresenta na 336/2002 é repetição da 224/92, por exemplo no que diz respeito ao hospital-dia, que por sua vez repete a do Hospital Psiquiátrico.

Observamos ainda que a Portaria 336/2002, apesar de representar um grande avanço, classifica os CAPS: I, II, III. Caracteriza os dois primeiros como algo muito próximo de "Centro Comunitário de Saúde Mental", entendido este como intermediário, portanto concebendo o Hospital Psiquiátrico ainda como parte integrante do Sistema. Ao instituir um CAPS que não têm prontidão à crise, o que se está fazendo é reafirmar o modelo preventivo-comunitário. Os CAPS III apresentam-se como algo equivalente aos NAPS (experiência santista), colocando-se como substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Aqui há avanço.

Uma análise dos CAPS I, II e III, globalmente, tal como estão expressos e definidos nas portarias ministeriais, permite considera-los como respostas táticas do setor dominante (representado pelo Estado) no processo de luta pela hegemonia entre dois paradigmas de Atenção: o Psiquiátrico e o Psicossocial. Respostas às reivindicações dos interesses ainda subordinados no campo da Saúde Mental (representados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica). Os dispositivos institucionais CAPS conservam algo daquilo que há de instituinte no discurso e em algumas práticas da Reforma Psiquiátrica, porém sua dimensão de instituído quer prevalecer. Como instituições eles são apresentados nas portarias como pouquíssimo diferenciados, em termos teórico-técnicos e ideológicos, do dispositivo do Hospital-Dia, do Ambulatório de Saúde Mental e do Hospital Psiquiátrico.

Perderam, portanto, qualquer parentesco com os NAPS, inspirados nos princípios da Reforma Sanitária e ideário da desinstitucionalização italiana; parentesco que, supomos, ainda existia quando eram apresentados numa espécie de significante composto rico em ambigüidades: "CAPS/NAPS".

A partir das Portarias ministeriais os CAPS podem ser vistos como uma resposta tática do setor dominante às reivindicações instituintes do Movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Conservam essa tensão entre instituinte e instituído, porém a inércia do instituído deve ser considerada com vigilância atenta. Pois o Paradigma Psiquiátrico tem na sintonia estrutural e ética com as demais instituições sociais um dos maiores fatores de sua inércia.

2.3. A Lei 10.216/2001

A aprovação da lei 10.216, de abril de 2001 (Ministério da Saúde, 2004), que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, teve trajetória demorada e difícil nas instâncias do legislativo nacional. Aprovada em última instância, ela reflete o consenso possível no que tange a uma lei nacional de Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Teve como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final alterada pelo substitutivo do senador Sebastião Rocha. Continha proposições em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original, a saber, Senador Beni Veras e Lúcio Alcântara, e contrários o senador Lúcido Portella. Sua longa demora na tramitação e as emendas que recebeu, para ser viabilizada, que lhe subtraíram suas pretensões mais caras, são emblemáticas das dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica.

Para Luzio (2003), essa nova Lei, mesmo com poucos avanços, representa um instrumento importante para a Reforma Psiquiátrica, pois no campo jurídico, a única legislação existente, até então, era o Decreto 24.559 de 1934, assinado pelo então Presidente Getúlio Vargas.

A lei 10.216 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária. A trajetória e os percalços desta lei mostram, mais uma vez, a polaridade entre instituído e instituinte expresso pelas portarias e pelos efeitos das CNSM. Mais uma vez percebemos os efeitos da luta pela hegemonia que se trava no setor da Saúde Mental neste momento histórico entre os representantes do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e do Paradigma Psicossocial. Também percebemos qual é o sentido dominante das forças em ação.

Vale mencionar ainda que o processo de regulamentação legal de direitos dos sujeitos do sofrimento psíquico foi fortalecido por ações estaduais importantes. Citamos as leis dos Estados do Rio Grande do Sul de agosto de 1992, do Espírito Santo de agosto de 1992, do Ceará de julho de 1993, de Pernambuco de maio de1994, de Minas Gerais de janeiro de1995, do Rio Grande do Norte de janeiro de 1995, do Paraná de novembro de 1995, do Distrito Federal de dezembro de 1995.

Com relação ao Estado de São Paulo, destaca-se o avanço representado pela aprovação do chamado Projeto Roberto Gouveia, que estabelece o Código de Saúde do Estado e define sua política de Saúde Mental com a lei complementar 791, de 09 de março de 1995 (cap.IV, Seção III, artigo 33), a qual diz que fica a encargo do SUS, estadual e municipal, desenvolver programas de apoio à desospitalização, prestando serviços e cuidados assistenciais aos pacientes de transtorno mental e promovendo seu retorno ao convívio social.

No que se refere à psiquiatria infantil e psicogeriatria, a lei enfatiza a assistência ambulatorial e domiciliar para evitar ou reduzir ao máximo possível a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral. Também salienta que a internação psiquiátrica dar-se-á, preferencialmente, em hospitais gerais e só será utilizada como último recurso terapêutico; neste caso o paciente deverá ser informado sobre seu diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, bem como expressar seu consentimento para internação.

A lei também se preocupou com a vigilância dos direitos dos indivíduos assistidos, a qual será realizada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente no caso de internação involuntária. Nesse caso vale sublinhar a importância de termos sempre em

mente que qualquer lei depende essencialmente da vigilância quanto aos modos e circunstâncias da sua aplicação.

3. Conclusão

Procuramos traçar um perfil dos principais movimentos pela transformação da Atenção ao sofrimento psíquico até chegarmos ao momento em que eles assumem a designação de Reforma Psiquiátrica. Demos destaque a dois períodos importantes dessas tentativas de mudança: o primeiro foi representado pela Psiquiatria Preventiva Comunitária, de efeitos esparsos, mas marcantes em uma série de práticas estaduais, que até hoje fazem sentir seus efeitos; o segundo é representado pela denominada Atenção Psicossocial, que vem avançando no ideário e nas práticas municipais, estaduais e federais como parte de um projeto nacional que avança lento, mas aparentemente determinado. Essas tentativas de transformação são empreendidas sempre contra o modelo hospitalocêntrico (às vezes manicomial), médico-centrado e medicalizador, ainda dominante.

Os diferentes movimentos de trabalhadores de Saúde Mental em Encontros e Congressos, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, a expedição de Portarias ministeriais, e o processo de aprovação da Lei 10.216, mostram uma luta complexa e acirrada combatida em várias frentes de batalha tanto conseqüentes quanto simultâneas ao longo de praticamente meio século.

As formas de trabalho e os instrumentos realizados sob a égide da Reforma Psiquiátrica, garantidos pelos princípios e diretrizes saídos das CNSM, das Portarias e Leis assumem, no dia-a-dia, configurações cada vez mais complexas. Percebemos que o processo é dialético, isso inclui superar o que em outros momentos e contextos foi superação. Desse modo hoje procuramos substituir o modelo hospitalocêntrico e superar o modelo preventivo-comunitário, primeira figura da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nos municípios onde está presente o Ambulatório de Saúde Mental, resultante da política influenciada pelo preventivismo comunitário, este parece representar um dos maiores obstáculos aos avanços da Atenção Psicossocial.

Por mais obscuros que sejam os obstáculos, por mais complexos sejam os fatores que podem atrasar ou adiantar a conquista e consolidação de um novo paradigma em Saúde Mental, ao menos uma perspectiva tem se imposto com clareza ineludível: as mudanças possíveis têm necessariamente que ser protagonizadas pelos sujeitos do sofrimento, nos diferentes sentidos do termo sujeito, e também pelos trabalhadores identificados com os mesmos interesses, valores e necessidades. Só isso será capaz de conferir uma verdadeira novidade política e ética à nossa práxis de trabalhadores da Saúde Mental.

Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Historic landmarks of the brazilian psychiatric reform: transformations in legislation, ideology and praxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, *6*(1), 60-79.

Abstract: *In this article we present a historical, documentational and bibliographical survey concerning the history of the Brazilian Psychiatric Reform (PR), trying to specify the main changes in legislation, ideals and in the health care practices aimed at psychic suffering. From considering its origin and early characteristics, we intend to draw its historic outline as well as its current profile, based on four documentational sources: previous studies, data from the three National Conferences on Mental Health, Government Decrees and the Law #10.216. We demonstrate that these three transformation fronts end up by imprinting a unique complexity on the Brazilian PR in theoretical-technical as well as in ethical-political terms. We verify that, along its history, the Brazilian PR takes on two very distinct configurations: "Community Mental Health or Community Preventive Psychiatry" and "Psychosocial Care". Currently, in the effective and self-defined practices of the Psychiatric Reform, we find, most of the times, a kind of amalgam of these two configurations, still permeated by important remains of the hospital-centered model. Therefore, the PR struggle to overcome and to replace this model is still confronted with a strong inertia propelled by such presence inside its own practices. We also try to show that, in the several fronts in which the PR unfolds itself, it is always present the mediation of antagonic forces expressed by the concept of Hegemony Strategy Process, as the major determinant of its advances and retreats.*

Keywords: *Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Community Preventive Psychiatry; Public Policies.*

4. Referências

Amarante, P. (org.) (1995). *Loucos pela Vida**:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barros, S. (1996). *O Louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem Sub Judici*. Tese de doutorado não publicada, Escola de Enfermagem, USP, São Paulo.

Birman, J. & Costa, J.F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante, (org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Brasil/MS. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília: Autor.

Brasil/MS (1987). *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.

Brasil/MS (1992). *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.

Brasil/MS (2001). *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília:Caderno de Textos..

Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada: sobre as praticas clínicas nos substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, *25*(58), 98-111.

Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

Cerqueira, L. (1989). *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Cesarino**,** A. (1989). Uma experiência de Saúde Mental na prefeitura de São Paulo: Projeto de Ações Integradas de Saúde Menta na Zona Norte do Município de São Paulo - uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental. . In A. Lancetti (org.), *Saúde Loucura 1* (pp. 3-32). São Paulo: Hucitec.

Costa, J. F. (1981*). História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário.

Costa-Rosa, A. (1987). *Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituo de Psicologia, USP , São Paulo.

Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In P. Amarante (org.), *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Costa-Rosa, A., Luzio, C.A., & YASUÍ, S. (2001). As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. Rio de Janeiro: *Saúde em debate 25*(58), 12-25.

Costa-Rosa, A., Luzio, C.A., Yasuí, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante, (coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: NAU Editora.

Declaração de Caracas. (1991). In R. G. Uzacátequi, & I. Levav (eds.), *Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para a sua implementação*. Washington: Organização Pan-americana da Saúde.

Delgado, P.G. (1987). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil: com um apêndice sobre a questão do Cronificado. In S. Tundis & N. R. Costa (orgs.), *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.

Devera, D. (2005). *A Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo: psiquiatrita reformada ou mudanza paradigmática?* Dissertação de Mestrado não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP.

Figueiredo, G. R. (1996). *A evolução do hospício no Brasil*. Tese de doutorado não publicada, Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, São Paulo.

Giordano Junior, S.(1989). *A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à historia das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo***.** Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Goldberg, J.I. (1996). *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá.

Lourau, R. (1995). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

Luzio, C. A. (2003). *A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica***.** Tese de doutorado não publicada, UNICAMP, Campinas.

Machado, R. et al. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Medeiros, T. (1993). Uma história da Psiquiatria no Brasil. In J. F. Silva Filho & J. Russo (orgs.), *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã.

Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (Série E). Brasília: Secretaria-executiva de Atenção à Saúde

Nicácio, F. (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de mestrado não publicada, PUC-SP. São Paulo.

Pitta-Hoisel, A. M. (1994). *Sobre uma política de Saúde Mental*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de medicina, USP, São Paulo.

Resende, H. (1987). Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Tundis & N. R. Costa (orgs.), *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.

Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstintucionalização: uma outra via. In F. Rotelli, et al., *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Secretaria de Estado da Saúde / Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo. (1983). Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo* (Vol. 43). São Paulo: Autor.

Yasui, S. (1989). CAPS: Aprendendo a perguntar. In A. Lancetti (org.), *Saúde Loucura 1* (pp. 47-89). São Paulo: Hucitec.

Yasuí, S. (1999). *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação de Mestrado não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP.