

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Marchioni Buió

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

PAULO AMARANTE

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima

Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Ligia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Mungo

Maria Elizabeth Lopes Moreira

Pedro Legerblad de Oliveira

Ricardo Lourenço de Oliveira

COLEÇÃO TEMAS EM SAÚDE

Editores Responsáveis

Maria do Carmo Leal

Nísia Trindade Lima

Ricardo Ventura Santos

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



meros países, e não apenas na sociedade ocidental, como observa Eric Hobsbawm (1996).

Principalmente após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados de toda a história, vários hospitais de alienados foram criados nos mais diferentes países, reproduzindo os princípios e as estratégias adotadas e estimuladas por Philippe Pinel E, por seu pioneirismo e liderança, muitas delas levam seu nome e valorizam sua (inegavelmente) grande obra.

3 DAS PSIQUIATRIAS REFORMADAS ÀS RUPTURAS COM A PSIQUIATRIA

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo foi objeto de muitas críticas. Muitos de seus contemporâneos observaram que o isolamento e o tratamento moral representavam paradoxos com os ideais libertários da Revolução Francesa. Que estranha instituição seria essa que seqüestrava e aprisionava aqueles aos quais pretendia libertar? “Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?” É como Foucault (2006: 70) resume a questão.

No Brasil, temos uma das mais importantes e perspicazes críticas ao alienismo ou mesmo à sua versão contemporânea, a psiquiatria. Aliás, trata-se de uma crítica não apenas ao alienismo, mas ao modelo de ciência positivista que o autorizou e o legitimou. Mas, curiosamente, esta crítica tão vigorosa não é proveniente de uma obra científica, e sim literária. Estou me referindo a *O Alienista*, de Machado de Assis, que é, certamente, uma obra que todos os profissionais que lidam com a psiquiatria, a psicologia, a saúde mental e a atenção psicossocial deveriam conhecer como base de sérias e profundas reflexões e não apenas como satisfação literária. O debate sobre a normalidade/anormalidade, sobre a ciência como produtora de verdade, sobre o mito da neutralidade científica, todos estes aspectos são ricamente abordados por Machado de Assis.

É no mínimo provocativa a analogia estabelecida entre *O Alienista* e a história real de criação e transformação do Hospício

de Pedro II, o primeiro hospício brasileiro que praticamente reproduz os similares franceses. Suspeito que Machado de Assis pudesse ter se inspirado em João Carlos Teixeira Brandão, o primeiro diretor da Assistência Médico-Legal a Alienados do Brasil e primeiro diretor geral do Hospício Nacional de Alienados, considerado o "Pinel brasileiro", pois muitas situações do conto são semelhantes à realidade.

Mas, retornando às críticas dos contemporâneos de Pinel, de fato, ocorreu que os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis.

Uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das 'colônias de alienados'. A idéia surgiu de um convincente relato de um alienista francês sobre Geel, uma estranha aldeia belga. A história começou no século VI, na Irlanda, num misto de lenda e história. Fala-se de uma princesa, de nome Dymfna que, na premissa de escapar do assédio de seu pai viúvo que queria desposá-la, foi refugiar-se no interior da Bélgica. O esconderijo seria perfeito, não fosse o próprio Diabo que, além de ser o responsável pela tara do Rei, também aproveitasse para denunciar o paradeiro da princesa. Encontrada, em decorrência de sua forte devoção e convicção cristã, recusa-se a entregar-se ao pai. Por sua irreduzibilidade foi decapitada em praça pública pelo próprio pai.

A história se reduziria a mais um caso de filicídio, dentre os tantos parricídios, fratricídios etc., existentes nas famílias reais, não fosse o fato de que um alienado que assistira à cena tivesse recuperado subitamente a Razão. A princesa foi canonizada pelo Vaticano, sendo considerada a Santa Protetora dos Insanos. Na data de sua morte, passaram a ser organizadas romarias com os familiares e seus loucos, que provinham de todas as partes da Europa em busca de uma cura milagrosa. Na medida em que muitos não eram curados no primeiro ano, as famílias mais abastadas passavam a pagar aos aldeões para que cuidassem de seus parentes até a festa do ano seguinte. Resumindo a história, a comunidade passou a adquirir um trato muito especial com os alienados que, para surpresa dos alienistas, passaram a trabalhar, com foices e enxadas, e a se recuperarem, não mais por milagre, mas pelo trabalho. Trabalho terapêutico, concluíam.

E se puseram a organizar instituições, denominadas colônias de alienados, construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. Para as colônias eram contratados familiares (denominados de nutrícios), que passavam a habitar em tais asilos protegidos para cuidar dos internos.

Os alienistas brasileiros do início do século XX, a exemplo de Waldemar de Almeida, foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria 'o meio terapêutico mais precioso', que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer 'os vestígios do delírio'.

As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento

e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro.

Com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal de Alienados por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias por todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Adauto Botelho nas décadas de 40 e 50. Para se ter uma dimensão da intensidade e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos!

Mas a alegria durou pouco: logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. De uma aldeia de pessoas livres, com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho. Poderia ser encontrada alguma explicação a partir desta aparente contradição?

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidade históricas para outro período das transformações psiquiátricas. Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospitais e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátricas'.

Foram muitas as experiências de reformas que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram mais marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas. São estas que vamos apresentar e analisar aqui

que, simplesmente para efeito didático, serão divididas em 'dois grupos mais um'. O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado "pelas beiradas" como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. No 'outro' grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição efetivamente terapêutica almejada por Esquirol. Vejamos um pouco estas tentativas de transformar o hospital em uma instituição terapêutica.

No período pós-guerra, eram bastante comovedores os dados nos psicológicos, sociais e físicos sofridos pelos jovens soldados ingleses. Muitos destes eram internados em hospitais para tratamento de seus problemas emocionais. Esta situação acarretava

dois problemas: uma quantidade excessiva de pessoas que necessitavam de cuidados e, em contrapartida, uma oferta muito escassa de profissionais para atendê-las; excesso de pacientes e precariedade de recursos num contexto de grande necessidade de recuperação da mão-de-obra para o projeto de reconstrução nacional. Finda a guerra, os jovens deveriam passar de soldados a trabalhadores, e para tanto deveriam ser tratados de suas enfermidades.

Em meio a esse impasse Main, Bion Reichman, do Monthfield Hospital (Birmingham, Inglaterra), encontraram uma saída muito original e criativa: passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembleias com duzentos ou mais pacientes; elaboravam propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos etc. De acordo com George Rosen, a expressão psicossocial surgiu neste contexto histórico, a partir de um livro de James L. Halliday intitulado *Psychosocial Medicine*, publicado em Londres no ano de 1948, que estabelece as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo.

A experiência ficou ainda mais conhecida com Maxwell Jones, a partir de 1959, quando recebeu maior sistematização e maior dinâmica. Jones passou a organizar 'grupos de discussão' e 'grupos operativos', envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis. Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. Para tanto, introduziu reuniões e assembleias diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos.

Todas as possibilidades eram analisadas, com ênfase para a atuação da equipe, com o objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência.

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e 'democratização' das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica.

Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais 'fazendas' e 'fazendinhas' de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam - de forma oportunista e fraudulenta - "comunidades terapêuticas" para ganharem legitimidade social e científica. Finalizemos com uma fala de Maxwell Jones (1978: 89):

A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional.

A outra experiência de transformação do hospital psiquiátrico no período do pós-guerra ocorreu na França, num contexto e com características muito semelhantes à Comunidade Terapêutica. O principal personagem desta história foi François Tosquelles, um catalão que, refugiando-se da ditadura do General Franco na Espanha, acabou por protagonizar a rica experiência que ficou conhecida internacionalmente como Psicoterapia Institucional, embora seu fundador preferisse a denominação Coletivo Terapêutico.

Tosquelles entendia que com a situação social e econômica precária vivida pela França, situação esta agravada pela ocupação e destruição pelos exércitos nazistas, os hospitais haviam sido profundamente danificados. Acreditava, portanto, que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica. Dentre as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital.

É a essa reconstrução do potencial terapêutico que Tosquelles dedicou sua obra. Foi no Hospital de Saint-Alban, no sul da França, que o trabalho teve início, se tornando uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma psiquiátrica. A noção de 'trabalho terapêutico' foi resgatada, como uma importante atividade que ofereceria possibilidades de participação e de assunção de responsabilidades por parte dos internos. Uma das mais originais inovações de Saint-Alban foi o Clube Terapêutico, uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc. Havia ainda os ateliês ou oficinas de trabalho e arte que, fundamentados pela leitura psicanalítica, muito expressiva naqueles primeiros anos, visavam a uma reorganização interna da dinâmica psíquica. Da mesma forma que, na Comunidade Terapêutica, esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência

institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais. Mas, diferentemente da similar inglesa, a Psicoterapia Institucional caminhou no sentido de propor a 'transversalidade', que entende como o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias.

Vejamos o que diz François Tosquelles (1993: 93):

é esta a diferença entre Basaglia e eu: me preocupei com que o hospital psiquiátrico fosse uma escola de liberdade, antes de tudo. Não disse: "feche o barracão", porque depois não há escola de liberdade na vida social corrente, mas apenas escola de alienação administrativa.

Passemos ao segundo grupo, representado principalmente pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária.

No caso da Psiquiatria de Setor, as limitações oriundas da experiência da psicoterapia institucional, que passaram a ser mais evidentes a partir do final dos anos 50 e início dos anos 60, apontavam para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio. Era preciso adotar medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou mesmo a internação de novos casos. Neste sentido, passaram a ser criados centros de saúde mental (CSM) distribuídos nos diferentes 'setores' administrativos das regiões francesas. Diferentemente dos ambulatorios, que eventualmente existiam, e que até então deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento extra-hospitalar, os CSM agora propostos foram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões. Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização.

No entendimento dos franceses o setor é uma divisão ou região administrativa, como nós, brasileiros, denominamos usualmente. A idéia de Lucien Bonnafe, principal personagem do setor, foi a de subdividir o espaço interno do hospital destinado para cada setor uma enfermaria correspondente. Desta feita, todos os pacientes provenientes de uma determinada região, isto é, de um determinado setor, seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital. Quando recebessem alta médica seriam encaminhados para o CSM existente no mesmo setor. De acordo com Bonnafe as vantagens eram múltiplas. Por um lado, existiam inúmeras possibilidades de contatos entre os próprios internos, de conhecerem lugares, pessoas, eventos etc., que pudessem partilhar. Existiram ainda possibilidades de contatos de parentes que visitavam os internos, levando notícias, cartas, ou objetos e alimentos enviados por parentes de internos do mesmo setor. Enfim, seriam múltiplas as situações criadas por este princípio de setorização.

Mas, a mais importante destas possibilidades estava em uma outra inovação: o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Em primeiro lugar, deve-se destacar a idéia do trabalho em equipe, que representou um marco de avanço até os dias atuais. O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais.

Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator

positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais 'estranhos', algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador.

Um pensamento de Lucien Bonnafe (1969: 20) para concluirmos a Psiquiatria de Setor:

o estado inumano e anti-social das instituições relativas à 'loucura' contribui mais gravemente para manter e agravar as reações individuais inadequadas, sobre questões de saúde mental, do que os 'preconceitos' ancorados no espírito dos indivíduos que não são responsáveis pela inadaptação das instituições.

A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos e ficou conhecida também como Saúde Mental Comunitária. Suas bases teóricas e propostas de intervenção foram muito bem explicitadas no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* de Gerald Caplan, considerado o fundador e o principal autor desta corrente.

Um marco importante para o surgimento da Psiquiatria Preventiva foi um censo realizado em 1955 que pesquisou as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, cujos resultados caíram como uma bomba sobre o Departamento de Saúde Mental, dando visibilidade às precárias condições de assistência, à violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados em todo o país.

O impacto foi tão grande que desencadeou um histórico discurso e um decreto do Presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, proclamando o país às mudanças na área da saúde mental.

O decreto redirecionou a política de assistência psiquiátrica dos EUA que passou a ter como objetivos reduzir as doenças mentais nas comunidades e, bem mais que isso, promover o estado de saúde mental das mesmas.

O contexto histórico em que esta experiência teve início foi bastante específico e singular na história do país. A Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as *gangs*, o movimento *beatnik*, o movimento *black power*, foram algumas das importantes questões sociais enfrentadas pelo Estado naquele período. A proposta da Psiquiatria Preventiva, referendada pelo próprio presidente Kennedy, produziu uma perspectiva de salvação quase milagrosa para um país com grandes problemas sociais e políticos.

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) 'a-histórica' das doenças. Por consequência, em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinónimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. A "busca de suspeitos", expressão utilizada pelo próprio Caplan, foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente. Caplan entendia que uma pessoa suspeita de ter um distúrbio mental deveria ser encaminhada a um psiquiatra para investigação diagnóstica, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. Criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeitos de desordens mentais.

A noção de prevenção adotada por Caplan foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se que poderia ser realizada em três níveis de acordo com a análise realizada por Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1998: 54):

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

Para a intervenção preventiva, um conceito passou a ser estratégico: o conceito de 'crise', construído fundamentalmente a partir das noções de 'adaptação e desadaptação social', oriundos da sociologia, e que permitiam a ampliação da ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental.

De acordo com os mesmos autores, as crises foram classificadas em:

- 1) evolutivas — quando relacionadas a processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social. Em tais processos, na passagem de uma fase à outra da vida, a conduta não estaria caracterizada por um padrão estabelecido. Tratar-se-ia de um período transitório, quando o indivíduo perderia sua caracterização anterior sem, no entanto, adquirir uma nova organização. Na hipótese de os conflitos gerados não serem bem absorvidos, poderiam levar à desadaptação que, não sendo elaborados pela pessoa, poderiam conduzir à doença mental;

2) acidentais — quando precipitadas por alguma perda ou risco (desemprego, separação conjugal, falecimento de uma pessoa querida etc.). A perturbação emocional ocasionada pela crise provocaria eventualmente o surgimento de alguma enfermidade mental, assim, torna-se um momento estratégico de intervenção preventiva, na medida em que, em contrapartida, a crise pode ser encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo.

Encatar novos obstáculos, novos conflitos, pode ser proveitoso, se a pessoa recebe apoio em tais situações: a crise pode se transformar num meio de crescimento; pode promover saúde.

Em boa parte, foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, pois daí advieram as estratégias do trabalho de base comunitária, no qual as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais.

Outro conceito fundamental foi o de 'desvio', migrado também das ciências sociais, e que se refere a um comportamento desadaptado à norma socialmente estabelecida, o que, no entendimento da Psiquiatria Preventiva, significava dizer que seria anormal ou pré-patológico.

Foi ainda no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de 'desinstitucionalização', que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA. Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de 'desospitalização', isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares.

Como estratégias de efetivação das políticas de desospitalização, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas

protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais etc. O objetivo era tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar.

No entanto, em que pese o fato de terem sido instalados tantos serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, mas também para os hospitais psiquiátricos: os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientela para os hospitais psiquiátricos.

Para alguns autores, a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Mas, para seus seguidores, foi uma revolução psiquiátrica. Encerremos com Robert H. Felix, que fez a apresentação do livro de Caplan (1980: 9): "Princípios de Psiquiatria Preventiva não é apenas um manual para quem trabalha na saúde mental da comunidade: é uma Bíblia".

Passaremos ao 'outro' grupo para o qual preferi não denominá-lo 'reformas psiquiátricas', pois não seria correto fazê-lo, como observei anteriormente. Na verdade, não seriam experiências de 'reforma' no sentido estrito do termo, na medida em que deram início a processos de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional. Começamos com uma das reflexões (como sempre muito provocativas) de Ronald Laing

(apud Duarte Jr., 1987: 25): "o essencial é o que existe entre as pessoas. É a prática psiquiátrica é, mais o menos, a completa negação disso".

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50, mas sua maior repercussão foi na 'conturbada' década de 60. Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. Mas em curto período de tempo perceberam que tais transformações não tinham grande futuro. Laing e Cooper passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade. Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade.

A denominação Antipsiquiatria só surgiu bem mais tarde, sugerida por Ronald Cooper, e parece não ter sido uma boa escolha na medida em que ficou muito identificada a uma atitude de mera contestação e rebeldia. No entanto, o termo eleito procurava apontar para a idéia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. A crítica mais profunda à psiquiatria se refere ao seu marco teórico-conceitual que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, produziria um enorme equívoco metodológico. Cooper considerava que alguns princípios das ciências naturais teriam sido importados para as ciências humanas que teriam uma natureza absolutamente distinta. Já Laing (1988: 25) resumia em

uma pequena frase o projeto crítico da Antipsiquiatria: "o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado".

Nesta tradição teórica e política, o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família. Em consequência destas críticas às estruturas social e familiar, a Antipsiquiatria muito rapidamente — e injustamente — ficou associada — e restrita — aos movimentos contestatórios e antiinstitucionais que abalaram a Europa Ocidental na década de 60 e que culminaram com o Movimento de Maio de 68.

A Antipsiquiatria sofreu uma forte influência da Teoria da Lógica das Comunicações da Escola de Palo Alto, donde extraiu o conceito de 'duplo vínculo', que estaria no âmago da experiência esquizofrênica. Este conceito, que pode ser entendido *grasso modo* como 'duplo sentido', diz respeito a uma forma comunicacional na qual a mensagem expressa verbalmente se contradiria ou se oporia à mensagem expressa gestual ou emocionalmente. A título de exemplo, poderíamos imaginar a mãe que, ao receber a notícia do casamento do filho,alaria da sua alegria ao saber de acontecimento tão importante que, enfim, a liberaria para permanecer sozinha na solidão de uma casa vazia...

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considerava a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da 'doença mental', no sentido clássico que damos à idéia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa

vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao 'terapeuta' competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria.

Um autor, que certamente não era um antipsiquiatra no sentido restrito da sua concepção e do pertencimento ao grupo de autores/atores sociais que dela participaram, ficou muito identificado com esta experiência: Erving Goffman. Sociólogo dedicado ao estudo das instituições, Goffman se tornou um dos mais contundentes e conhecidos analistas críticos da instituição e do modelo teórico da psiquiatria. Em *Asylums* (publicado no Brasil como *Manicômios, Prisões e Conventos*), realizou uma análise micro-sociológica do asilo psiquiátrico, igualado a outras instituições de controle e violência por ele denominadas "instituições totais". Para Goffman, o que a psiquiatria denomina o "curso natural da doença" é, na realidade a "carreira moral do doente mental".

Esmiuçando os mecanismos e sistemas desta modalidade de institucionalização, em que se destacam a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu, a noção de desinstitucionalização torna-se mais complexa e passa a distanciar-se da noção norte-americana, sinônimo de desospitalização.

Para iniciarmos a Psiquiatria Democrática, nada mais oportuno que começar ouvindo seu mais expressivo protagonista, Franco Basaglia (1985: 315-6):

uma vez acionado o processo de transformação institucional, damos-nos conta de quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social, e cuja dinâmica tende a absorver qualquer movimento

que poderia alterar o equilíbrio geral. (...) nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo conditória: a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada.

A experiência italiana começou no início dos anos 60, em Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália. E começou quando Franco Basaglia, acompanhado de Antonio Slavich e outros jovens psiquiatras, se propôs a reformar o hospital psiquiátrico ali existente.

Giuseppe Dell'Acqua, coordenador de Saúde Mental de Trieste, relata que quando Basaglia entrou pela primeira vez no hospital foi como se houvesse recebido um choque. Sua impressão foi a de estar entrando em uma prisão, ou melhor, em um campo de concentração. Teria vindo à sua mente, diz Dell'Acqua, uma fábula que ouviu quando estivera preso na ditadura de Benito Mussolini. A fábula fala de uma serpente que entrou pela boca de um homem enquanto este dormia e se alojou em seu estômago. E daí passou a comandar a sua vida, seus desejos, seu destino. Para Basaglia a serpente seria a própria instituição psiquiátrica, seus processos de mortificação e des-historicização.

Nos primeiros anos da experiência, inicialmente inspirada também na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, Franco Basaglia — que conheceu pessoalmente tais experiências e seus dirigentes — utilizou-as como o objetivo de tornar o hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos. Mas, com o passar dos anos, começou a sentir que a 'serpente' não poderia ser combatida através de medidas administrativas ou de humanização.

Fundamentalmente a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

A experiência de Gorizia deu origem ao livro *A Instituição Negada*, coordenado por Basaglia, com a participação de muitos atores do processo, que contém todo o debate, os princípios e as estratégias da nova etapa das reformas psiquiátricas, cuja base será a desconstrução do manicômio. No início dos anos 70, Basaglia, com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada ao norte da Itália. Lá teve início a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo. E, como veremos mais adiante, será a referência fundamental do processo que virá a ser implantado na cidade de Santos (SP), na virada dos anos 80 para os 90, que se tornou o eixo da mais importante face do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbra-se, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas

clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.

Quanto ao processo de fechamento do hospital, como ocorreu em Gorizia, foram muito importantes as influências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Mas Franco Basaglia não as toma como fim em si, como o objetivo último a ser alcançado, mas como estratégias provisórias e intermédias de desmontagem da estrutura manicomial. As assembleias, os clubes de intervalos, a mobilização dos atores sociais, dentre os quais, pacientes, familiares, técnicos etc., não serviam a outro fim que não o de construir as bases, as possibilidades, o entendimento de que seria possível superar a instituição da clausura.

Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM), todos regionalizados, isto é, distribuídos criteriosamente pelas várias regiões da cidade. No que diz respeito à implantação dos CSM, seria possível constatar a influência do setor francês, ou da saúde mental comunitária americana. Mas, ao contrário destas, os centros triestinos não funcionavam em mão dupla. Ou seja, não eram serviços que davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar e que reintegravam os pacientes no manicômio quando as situações eram consideradas graves, e justificada a impossibilidade do tratamento em regime externo. A partir do conceito de 'tomada de responsabilidade', os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Assim, mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradi-

cionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade.

Outras estratégias diziam respeito às possibilidades reais de inclusão social, seja através da criação de cooperativas de trabalho ou da construção de residências para que os ex-internos do hospital passassem a habitar a própria cidade, seja através da invenção de inúmeras formas de participação e produção social (grupos musicais e de teatro, produtora de vídeos, oficinas de trabalho, dentre muitas outras).

Franco Basaglia, em um de seus últimos escritos, confessou que se algum dia a história desta experiência fosse relatada, ele preferiria que não fosse por meio de datas, números de atos legislativos ou portarias de serviços, mas pela história das vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação.

Franco Rotelli, que substituiu Basaglia após seu falecimento em 1980, observa que a proposta italiana rompeu com as experiências anteriores principalmente no que diz respeito ao entendimento de desinstitucionalização, adotado como sinônimo de mera desospitalização na Psiquiatria Preventiva e em outras que nela se inspiraram, e como desconstrução do paradigma racionalista problema-solução no processo italiano. Dito de outra forma, Rotelli (1990) considera que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, 'a doença', da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. É sobre esta separação artificial que se construiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente, a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. A operação denominada de desconstrução seria, então, a desmontagem deste conjunto de aparatos para poder reestabelecer uma relação

com os sujeitos em sofrimento. Rotelli nos propõe 'uma outra via', ao considerar ser este um processo social complexo, que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais.