

# Hospitais Psiquiátricos: Saídas Para o Fim

Organização: Miriam Nadim Abou-Yd

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
Belo Horizonte- Dezembro-2002

Governador do Estado: Itamar Franco

Secretário de Estado da Saúde: Carlos Patrício Freitas Pereira

Superintendente Geral: Fausto Ferrer Fróes

Diretora Hospitalar: Mônica Martins Maia

Diretora de Planejamento e Finanças: Terezinha de Fátima Soares

Diretor Administrativo: Eugênio de Souza Costa

Diretora de Ensino e Pesquisa: Egléa Maria da Cunha Melo

Coordenadora de Saúde Mental/SES: Simone de Oliveira Franco

Coordenador de Saúde Mental/FHEMIG: José Cezar de Moraes

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Alameda Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG - Cep: 30150-260

Telefone: (31) 3239-9500

[www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br)

Riscos, rabiscos e desenhos  
Fala-nos a folha em oblíquo  
Ouço o barulho das letras e riscos  
Sinais dos sonhos que vêm do nada  
É só silêncio se a voz não uso.

Irene Correia de Assis\*

---

\* Usuária da Oficina de Letras do Cersam Leste, Belo Horizonte/MG



À lembrança de  
Cézar Rodrigues Campos

## Seminário

Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o Fim

**Comissão Organizadora:**

José Cezar de Moraes  
Miriam Nadim Abou-Yd  
Simone de Oliveira Franco

**Agradecimentos:**

Ana Marta Lobosque  
Ana Paula Rodrigues Madelra  
Domingos Sávio do Nascimento Alves  
Fernanda Nicácio  
Marcus Vinícius de Oliveira  
Mark Napoli Costa  
Assessoria de Comunicação da Fhemig,  
em especial Anderson, Cristina e Patrícia

**Participação Especial:**

Escola de Samba "Liberdade Ainda que Tam Tam",  
do Fórum Mineiro de Saúde Mental

**Realização:**

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

## Publicação

Hospitais Psiquiátricos: Saídas Para o Fim

**Organização:**

Miriam Nadim Abou-Yd

**Diagramação e Arte Final:**

Assessoria de Comunicação Social da Fhemig

**Agradecimentos Especiais:**

Ana Marta Lobosque  
Bianca Lucindo Cortês  
Jaclara Siqueira Coelho  
José Cezar de Moraes  
Mark Napoli Costa  
Marta Soares

**Realização:**

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

**Apoio:**

Conselho Regional de Psicologia - 4ª Região  
Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda.  
Fórum Mineiro de Saúde Mental  
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

## Sumário

Apresentação da Publicação .....	9
Apresentação do Seminário .....	11
Programação .....	13
Mesa de Abertura	
Miriam Nadim Abou-Yd .....	17
Fausto Ferrer Fróes .....	19
Conferência de Abertura	
Ementa - Comissão Organizadora .....	23
Manuel Desviat .....	24
Nascimento do Hospital Psiquiátrico: Sob o Signo da Exclusão	
Ementa - Comissão Organizadora .....	35
Theresa Calvet .....	36
Paulo Duarte Amarante .....	39
Paulo Delgado .....	47
Debate .....	50
Hospital Psiquiátrico e Serviços Substitutivos: Coexistência Provisória	
Ementa - Comissão Organizadora .....	53
Fernanda Nicácio .....	54
Gastão Wagner de Sousa Campos .....	59
Debate .....	65

Existência do Hospital Psiquiátrico: Impasse a Superar	
Ementa – Comissão Organizadora .....	75
Ernesto Venturini .....	76
Pedro Gabriel Delgado .....	80
Marcus Vinícius de Oliveira .....	87
Manuel Desviat .....	92
Debate .....	95
Desconstruindo o Hospital Psiquiátrico: Invenção em Curso	
Ementa - Comissão Organizadora .....	105
Willians Valentini .....	106
Edmar de Sousa Oliveira .....	110
Fernanda Nicácio .....	116
Debate .....	119
Hospital Psiquiátrico versus Serviços Substitutivos: Um Embate no Campo do Ensino	
Ementa - Comissão Organizadora .....	129
Sandra Fagundes .....	130
Marcus Vinícius de Oliveira .....	134
Erotildes Maria Leal .....	138
José Jackson Coelho Sampaio .....	143
Debate .....	147
Reforma Psiquiátrica: As Estratégias em Curso	
Ementa - Comissão Organizadora .....	157
Manuel Desviat .....	158
Eduardo Mourão Vasconcelos .....	162
Domingos Sávio do Nascimento Alves .....	168
Debate .....	173
Por Uma Política de Saúde Mental: da Opção Feita aos Passos Necessários	
José Cezar de Moraes e Simone de Oliveira Franco .....	181

## Apresentação da Publicação

Com relativa demora, mas sempre a tempo, bem vinda e necessária, finalmente estamos realizando a publicação do Seminário "HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: SAÍDAS PARA O FIM", promovido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, nos dias 27, 28 e 29 de junho de 2001, em Belo Horizonte.

Inicialmente, gostaríamos de agradecer a disponibilidade e interesse dos nossos convidados, em atender ao nosso pedido para publicação. Os leitores poderão estar certos que toda a riqueza e coerência manifestadas durante o Seminário continuam expressas nos textos aqui apresentados.

Alguns esclarecimentos: todas as apresentações foram transcritas<sup>1</sup> e enviados a seus autores<sup>2</sup> para revisão final. Como poderão verificar, alguns mantiveram a linguagem coloquial, outros os reescreveram; alguns mantiveram integralmente o conteúdo das apresentações, outros as alteraram; alguns solicitaram que a organizadora revisasse a transcrição. Alguns poucos textos não chegaram a tempo para publicação<sup>3</sup>; um outro foi incluído<sup>4</sup>. A Conferência de Abertura, de Manuel Desviat, foi publicada na íntegra, em espanhol; suas demais apresentações e participação nos debates foram traduzidas para o português. A própria organizadora se responsabilizou pela revisão de todos os debates e pelas traduções necessárias.

Feitas estas breves considerações metodológicas, cumpre trazer aqui algumas palavras sobre a palavra mineira neste evento. Fomos discretos, certamente, mas, ao mesmo tempo, seria impossível maior participação, presença e visibilidade. Sustentamos nossa posição política, elaborando um seminário, cujo título por si só a anuncia e cujo desempenho a assegura. Comprovamos nossa força e trabalho, realizando um encontro

---

<sup>1</sup> Assumiram o trabalho de transcrição das fitas: Bianca Lucindo Cortês, Jaciara Siqueira Coelho, José Cezar de Moraes, Mark Napoli Costa, Marta Soares e Miriam Nadim Abou-Yd.

<sup>2</sup> O único autor que não recebeu a transcrição de seus textos para revisão foi Manuel Desviat.

<sup>3</sup> Não chegaram em tempo hábil para publicação os textos de Maria Paula Cerqueira, na Mesa Redonda "Hospital Psiquiátrico e Serviços Substitutivos: Coexistência Provisória" e de Ernesto Venturini na Mesa Redonda "Reforma Psiquiátrica: As Estratégias em Curso".

<sup>4</sup> Acrescentamos a publicação do texto de Edmar de Sousa Oliveira, impossibilitado, na época, de participar da Mesa Redonda "Desconstruindo o Hospital Psiquiátrico: Invenção em Curso".

organizado, vibrante e vivo. Explicitamos nossas construções teóricas, redigindo ementas consistentes para cada tema abordado. Demonstramos nosso coletivo, participando democrática e amplamente em todos os debates realizados. Tudo isso só foi possível porque Minas Gerais, da capital ao interior, dos seus usuários aos técnicos, dos seus serviços substitutivos aos movimentos sociais, soube, com disciplina, rigor, honestidade e generosidade, construir um saber e um fazer desprovidos de vaidades, proptiedades e autorias.

Esta publicação se dirige a todos aqueles que participam, de uma maneira ou de outra, da construção de uma sociedade sem manicômios, defendendo incondicionalmente os princípios que nos trouxeram até aqui, até mais esta conquista. Destina-se especialmente, sem dúvida, aos trabalhadores de saúde mental. Afinal, não se pode atribuir-lhes a posição passiva de peças de um jogo ou vítimas de um sistema: se a perda da liberdade representada pelos hospitais psiquiátricos certamente impõe o conformismo e a submissão, a busca de saídas não se faz sem empenho e coragem.

Por conseguinte, não cabe abordar este público como alunos a quem falta um saber que seria preciso transmitir; quer-se tratar estes leitores como seres pensantes, que suportam interrogações sem desmanchar-se em dúvidas, e enfrentam percalços sem alegar impotência. A publicação destes textos torna sentido, ao colocar ao alcance de todos os leitores a presença viva de uma paixão da liberdade: aqui se apresentam, visíveis e claros, seus efeitos e suas possibilidades, suas conquistas e suas questões.

Esta publicação, enfim, convida todos os atores da saúde mental a sair de suas identidades supostas, para atingir a dimensão pública em seu mais amplo e belo sentido; apresenta-lhes um campo vasto e fértil, onde se podem reunir usuários, familiares, trabalhadores, entidades, instituições e organizações diversas, num dos mais belos movimentos libertários da sociedade brasileira.

Sejam bem vindos!

**Miriam Nadim Abou-Yd**  
Organizadora

## Apresentação do Seminário

As experiências de construção de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico têm se mostrado múltiplas e férteis, criando formas de abordagem da loucura produtoras de liberdade, história e cidadania.

A incompatibilidade desta produção com a lógica que caracteriza o hospital psiquiátrico revela-se cada vez mais claramente, convocando todos os envolvidos no trabalho da Saúde Mental a buscar saídas para o seu fim. Não se trata de uma tarefa fácil, seja pelos interesses econômicos e políticos em jogo na manutenção da estrutura hospitalar, seja pelo peso da ideologia que subordina as questões do sofrimento mental aos ditames da exclusão e da tutela.

Tanto um fator como outro, na defesa de uma suposta necessidade do hospital, nada têm a ver com o bem público: pelo contrário, opõem-se a ele, privilegiando interesses de indivíduos, grupos e corporações. Assim, uma inadiável responsabilidade impõe-se aos gestores do Sistema Único de Saúde: na defesa da população que assiste, cabe-lhe promover a extinção progressiva do hospital psiquiátrico, construindo, ao mesmo tempo, os recursos necessários para o desaparecimento das práticas nocivas e desumanas que definem sua ação.

Em Minas, vivemos, a este respeito, uma situação paradoxal. Fomos pioneiros, certamente, quando a visibilidade tomada pelas denúncias de Barbacena inaugurou entre nós um debate atuante e crítico no âmbito da Saúde Mental; todavia, temos ainda, aproximadamente, 3.600 leitos psiquiátricos em todo o Estado, muitos deles em instituições que não preenchem condições mínimas de alimentação, higiene e cuidados. Temos uma legislação inovadora e firme, que preconiza claramente as diretrizes de uma política estadual de Saúde Mental; todavia, ainda não coordenamos nem executamos as ações que nos permitiriam fazer valer nossa própria lei. Muitos de nossos municípios desenvolveram experiências valiosas e inovadoras, nacionalmente reconhecidas; na maior parte do Estado, porém, predominam as estruturas e práticas manicomialis. Interrompemos a expansão discriminada do número de leitos psiquiátricos, mas não tomamos ainda as medidas concretas para dar lugar social aos milhares de pacientes reclusos por anos a fio no estreito espaço asilar. Promovemos uma indiscutível melhora nas condições oferecidas aos usuários dos hospitais psiquiátricos públicos; mas, ainda assim, para os usuários ali internados, mantém-se o regime de reclusão, dependência e perda do poder contratual inerentes à estrutura psiquiátrica hospitalar.

É chegado, para Minas, o momento de avaliar com clareza sua posição, tomando o partido que nos ditam uma lei justa, uma experiência provada, um pensamento criador. Eis a importância deste Seminário, ao convidar colegas do Brasil e do mundo para discutir conosco o tema HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: SAÍDAS PARA O FIM. A decisão mesma de empreender o debate é o primeiro e imprescindível passo para o encontro destas saídas, definindo enfim a direção rumo à qual se delinha o nosso caminho. Feliz escolha - que nos alegria ao desejar boas vindas a todos aqueles que virão ajudar em sua construção.



## Programação

### **Dia 27/06/2001**

19:30 hs. Mesa de Abertura

20:00 hs. Conferência:

Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o Fim.

- Manuel Desviat - Consultor de Saúde Mental da OMS e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madrid/Espanha.

### **Dia 28/06/2001**

8:00 hs. Mesa Redonda

Nascimento do Hospital Psiquiátrico: Sob o Signo da Exclusão.

- Theresa Calvet de Magalhães - Professora do Dep. de Filosofia da UFMG
- Paulo Duarte Amarante - Professor Doutor da ENSP/Fiocruz, RJ.
- Paulo Delgado (Debatedor) - Deputado Federal, PT/MG.

10:00 hs. Mesa Redonda

Hospital Psiquiátrico e Serviços Substitutivos: Coexistência Provisória.

- Fernanda Nicácio - Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP.
- Maria Paula Cerqueira Gomes - Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, RJ.
- Gastão Wagner de Sousa Campos (Debatedor) - Secretário Municipal de Saúde de Campinas, SP.

14:00 hs. Mesa Redonda

Existência do Hospital Psiquiátrico: Impasse a Superar

- Ernesto Venturini - Consultor de Saúde Mental da OMS e Diretor dos Serviços de Saúde Mental de Ímola, Itália.
- Pedro Gabriel Delgado - Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.
- Marcus Vinícius de Oliveira - Professor da Universidade Federal da Bahia e

militante do Movimento da Luta Antimanicomial, BA.

- Manuel Desviat (Debatedor) - Consultor de Saúde Mental da OMS e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madri, Espanha.

16:00 hs. Mesa Redonda

Desconstruindo o Hospital Psiquiátrico: Invenção em Curso

- Willians Valentini - Superintendente do Instituto "Dr. Cândido Ferrelra, Campinas, SP.
- Edmar de Oliveira - Diretor do Instituto Municipal Nise da Silveira, RJ.
- Fernanda Nicácio (Debatedora) - Professora de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP, SP.

**Dia 29/06/2001**

8:00 hs. Mesa Redonda

Hospital Psiquiátrico versus Serviços Substitutivos: Um Embate no Campo do Ensino.

- Sandra Fagundes - Secretária Municipal de Saúde de Viamão, RS.
- Marcus Vinícius de Oliveira - Professor da Universidade Federal da Bahia e militante do Movimento da Luta Antimanicomial, BA.
- Erolides Maria Leal - Preceptora da Residência Multidisciplinar em Saúde Mental e da Residência em Psiquiatria do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, RJ.
- José Jackson Coelho Sampaio (Debatedor) - Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

10:00 hs. Espaço para trocas de experiências entre os serviços.

- Tema I: Hospitais Psiquiátricos e Serviços Substitutivos: Relações Atuais em Questão.
- Tema II: A Situação do Louco Infrator: Encontrando Soluções.
- Tema III: Rede Substitutiva ao Hospital Psiquiátrico: Uma Prática Real
- Tema IV: Usuários Cronificados: Um Processo de Desinstitucionalização.
- Tema V: A Clínica das Toxicomanias e a Saúde Mental.
- Tema VI: Violência Contra a Infância e Adolescência: Enfrentamentos Necessários.

14:00 hs. Mesa Redonda

Reforma Psiquiátrica: As Estratégias em Curso

- Manuel Desviat - Consultor de Saúde Mental da OMS e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madri, Espanha.
- Ernesto Venturini - Consultor de Saúde Mental da OMS e Diretor dos Serviços de Saúde Mental de Imola, Itália.
- Eduardo Mourão Vasconcelos - Professor Doutor da UFRJ, RJ.
- Domingos Sávio do Nascimento (Debatedor) - Presidente do IFB, RJ.

16:00 hs Encerramento.

Por uma Política de Saúde Mental: da Opção Feita aos Passos Necessários.

- José Cezar de Moraes - Coordenador de Saúde Mental da FHEMIG
- Simone de Oliveira Franco - Coordenadora de Saúde Mental da SES/MG

Mesa de Abertura

---



**Miriam Nadim Abou-Yd**  
Comissão Organizadora

Da discussão que se pretende desenvolver e fazer avançar neste Seminário, não há melhor expressão do que seu título: HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: SAÍDAS PARA O FIM.

É louvável que a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais tomem a iniciativa de um evento assim denominado. E, na oportunidade, há que fazer justiça: tal iniciativa só se pode assumir na medida em que é precedida e possibilitada por inúmeras experiências, em Minas, no Brasil, no mundo - que caminham já com sucesso e firmeza nesta direção.

Acolhemos aqui estas experiências. São múltiplas, singulares, locais; ligam-se sempre um território, uma história, uma conjuntura; possuem problemas que lhe são próprios, e têm encontrado, através do próprio estilo, as saídas de que necessitam. Todavia, esta múltipla singularidade é o que justifica reuni-las aqui, como vetores diversos mas indissociáveis que são de uma luta coletiva que partilhamos. Desejamos ouvi-las e aprender com elas: se não nos passam receitas, sempre inúteis, trazem-nos exemplos, os mais preciosos; realizam a prova da viabilidade concreta do fim dos manicômios, dando lugar à livre, bela e irrefreável produção da cidadania da loucura.

Cabe assinalar a grande receptividade encontrada para a realização deste Seminário. Ressaltamos a gentileza dos expositores, o empenho das autoridades; ressaltamos, com idêntico carinho, a ampla e variada composição do plenário que aqui se reúne. Dentre as quase quinhentas pessoas que se inscreveram, temos representantes de praticamente todas as Diretorias Regionais de Saúde, de todas as unidades psiquiátricas da FHEMIG; de cerca de cem municípios mineiros; de diversas universidades e outras instituições de formação; de inúmeras instituições e entidades ligadas à justiça, à saúde, aos direitos humanos, entre órgãos públicos, sindicatos, conselhos de classe, movimentos sociais.

São todos sinceramente bem vindos neste encontro, rumo às saídas do hospital psiquiátrico - nesta feliz diversidade geográfica, histórica, lingüística, disciplinar, institucional - que há de permitir-nos, sob a bandeira em prol de uma sociedade sem manicômios, produzir em comum uma liberdade sem fronteiras.

Um bom trabalho para todos nós!



## Fausto Ferrer Fróes

Superintendente Geral da FHEMIG

Este Seminário, a nosso ver, acontece em boa hora, 2001, Ano Internacional da Saúde Mental, nos convida a tratar e debater o que entendemos por estas palavras: CUIDAR, SIM, EXCLUIR NÃO; no horizonte, delineiam-se as Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental, a realizar-se ainda este ano. Neste calendário, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a FHEMIG trazem como contribuição este Seminário: HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: SAÍDAS PARA O FIM.

Estas questões de data nos remetem inevitavelmente ao marco histórico de 79: para focá-lo, cabe encontrar os termos precisos. Pois a FHEMIG já não pode, simplesmente, reiterar um discurso saudosista do muito que se fez e aconteceu então; cumpre-nos resgatar dali não a lembrança esmaecida de um tempo perdido, mas a história viva e atuante, que nos leva a debater, escutar, aprender, decidir.

Não são novas as imagens evocadas por 79: as denúncias de Hiram Filmino, a chegada de Basaglia, os horrores de Barbacena já fazem parte de um patrimônio de recordações, não apenas mineiras, mas de todo um país. Todavia, há um lado dos acontecimentos de 79, habitualmente pouco ressaltado, que eu gostaria de frisar aqui.

Que lado é este? Vejam bem: diante de gravíssimas denúncias sobre o tratamento desumano aos usuários da Saúde Mental; diante da enorme repercussão destas denúncias; diante da nova sensibilidade social então gerada com relação à loucura; diante de questões, enfim, que responsabilizavam e implicavam o poder público, o que fez o Estado? O Estado não pôde reagir - como tão freqüentemente acontece - pela suscetibilidade excessiva, pela recusa das críticas, pela negação das evidências; o Estado foi levado a assumir sua implicação, admitindo a urgente necessidade de uma Reforma Psiquiátrica efetiva. Citamos textualmente as palavras do então Secretário de Saúde, Eduardo Levindo Coelho: "Se pensam que a nossa política é esconder a realidade do público, estão enganados. A tendência mundial, e há muitos anos nós estamos lutando por isso, é de não se construir mais hospital especializado no país, tipo manicômio. O ideal seria que eles já nem existissem mais".

A partir daí, foram tomadas uma série de iniciativas e medidas, compondo o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica da FHEMIG - cujos efeitos e alcance não é o caso de analisar agora. O que se trata de retornar, a meu ver, é uma certa posição, uma certa abertura de possibilidades, que os ventos e eventos de 79 abriram então.

Qual posição? Uma posição que não permite ao Estado recuar diante dos fatos nem escamotear sua responsabilidade por eles. Quais possibilidades? As possibilidades de uma interlocução entre sociedade e poder público, onde a firmeza e o calor com que a sociedade sustenta uma exigência consegue levar o poder público a reconhecer-lhe seus direitos. Tais momentos são raros, mas são possíveis - e sobretudo necessários: assim,

e apenas assim, pode o Estado cumprir com seu dever.

Para o cumprimento deste dever do Estado, Minas apresenta, seguramente, condições favoráveis: temos uma lei estadual clara e precisa, que se define pela extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por um modelo inteiramente distinto de assistência. Conseguimos evitar a expansão de leitos psiquiátricos. Temos, em diversos municípios, experiências valiosas e bem sucedidas que provam poder descartar o recurso ao hospital, preservando a liberdade de escolha, de circulação e de produção social do portador de sofrimento mental. Na própria FHEMIG, dentre outras várias realizações, citarei aqui o próprio CHPB, por ter estado na origem de toda esta polêmica - e que se dispõe agora a um passo mais além, no sentido da real desospitalização dos usuários cronicados. Temos, no âmbito da sociedade, uma maior disponibilidade para aceitar a presença dos portadores de sofrimento mental - graças a um movimento social organizado, a defender valentemente os direitos de cidadania dos portadores de sofrimento mental.

Cumpro ao Estado, portanto, diante de tais condições, propiciá-las sempre e mais, para avançar de fato. Deixo claro que, por Estado, não me refiro aqui apenas à Secretaria Estadual de Saúde, nem a FHEMIG - e sim ao poder público em geral, com a devida relevância à ação dos municípios no debate e na construção de um novo modelo de assistência.

No que diz respeito à rede de Saúde Mental da FHEMIG, devo declarar: não nos interessa ocupar um lugar de centralização, qualquer que seja; não pretendemos manter ou criar serviços baseados no discurso dos centros de excelência; não desejamos manter ou criar hospitais-polo ou de referência; e nem desejamos limitar-nos eternamente à humanização de nossas unidades. Afinal, a experiência mineira nos aponta caminhos bem mais férteis, pelo viés da descentralização das ações, das decisões e dos saberes.

Partindo destes princípios, seguindo a diversidade destas trilhas, é que poderemos definir - aqui e noutros espaços de encontro e troca - o papel que cumpre à FHEMIG neste processo: agradecemos desde já as contribuições dos nossos convidados de outros Estados e países, e a presença expressiva dos mineiros.

Falando em Minas, devo concluir abordando um ponto que tem despertado curiosidade, quando não estranheza, na estrutura deste Seminário: nas diversas conferências e mesas redondas, nenhum mineiro da área da Saúde Mental foi chamado a falar. Como explicá-lo, quando Minas traz, certamente, contribuições reconhecidas nacionalmente reconhecidas no panorama contemporâneo da Saúde Mental, por sua força, sua inventividade, sua ousadia?

Temos entre nós, com certeza, muitos e muitos mineiros e mineiras que podem falar de cadeia dos vários temas que trataremos aqui. Todavia, nossa escolha foi deliberada: neste evento, neste espaço, é das cadeiras do plenário que Minas é chamada a falar. A palavra que se conquista, e não a palavra que se oferece, vem a propósito nesta hora. Que o povo mineiro possa criar, coletivamente, palavras e coisas: eis o convite e a interpelação que este Seminário pretende trazer.

Desejo a todos boas vindas e a melhor sorte! Obrigado.

## Conferência de Abertura

---

### Hospitais Psiquiátricos: Saídas Para o Fim



## **Ementa**

Uma concepção amplamente difundida entre certos segmentos da Psiquiatria é aquela que, revestindo-se das aparências do bom senso e da moderação, considera o hospital psiquiátrico compatível e necessário com a chamada Reforma Psiquiátrica, desde que assuma características distintas das opressões e maus tratos ostensivos que revelam entre nós. A palavra de ordem desta concepção é a modernização; sua idéia de fundo, aquela de que as mudanças necessárias à Psiquiatria são essencialmente de ordem técnica. Ora, sob a sedução que todo convite à modernidade e à ciência encerra, cabe-nos apontar aí o grave equívoco que reduz todos os danos causados à população pela Psiquiatria hospitalar a um atraso desta Psiquiatria com relação ao padrão dos países mais avançados: aí, o portador de sofrimento mental é igualado a um objeto avariado a consertar-se com a maquinaria científica, sem que se considere a experiência da loucura, antiga ou moderna, como dimensão da experiência humana. O sofrimento mental não exige reparação, mas cuidados; não é o caso de suprimir sua existência, mas de torná-la aceitável e possível no campo do direito.

Este endeusamento da técnica mascara o privilégio das corporações que afirmam possuí-la - cabendo, a este respeito, duas ordens de questões. A primeira: a racionalidade contemporânea possui, ou demonstra que virá a possuir, recursos "científicos" com o poder de resolução diante dos impasses da loucura? Em tempos onde os avanços da Medicina, com suas vantagens e riscos, são de qualquer forma inegáveis, não é difícil perceber o caráter rudimentar e pouco elucidativo das pesquisas psiquiátricas para a explicação da chamada doença mental - permitindo-nos colocar sob a rubrica da propaganda enganosa as asserções que examinamos aqui.

Segunda ordem de questões: o que há de verdade neste outro marketing, ou seja, aquele de que os países desenvolvidos, apresentados como modelos a seguir, encontraram nesta vertente suas soluções. Estes países, evidentemente, têm muito maior acesso à constituição e posse de novas tecnologias; todavia, é fato que encontram aí uma saída satisfatória? Ou, pelo contrário, não estão também, muitos deles, às voltas com a procura de saídas de outra ordem? Em outros países, avançados ou não, existem correntes expressivas, que consideram a cidadania, o respeito, o convívio, não como efeitos acessórios e automáticos do progresso, mas como valores decisivos, em torno dos quais o progresso se deve articular; e estas correntes, que fazemos representar aqui na eminente figura do professor Manuel Desvlat, também procuram decididas, do nosso lado, saídas rumo ao fim do hospital psiquiátrico.

**Comissão Organizadora.**

## Manuel Desviat

Consultor de Saúde Mental da OMS  
e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madri/Espanha

En primer lugar mi agradecimiento a los organizadores por invitarme a participar en este. Agradecimiento porque para mí es muy importante estar hoy entre ustedes, en este país, en este Estado, donde la reforma psiquiátrica está viva, donde los cambios son todavía posibles pues no se ha cerrado aún el proceso de transformación. "Libres aunque tarde" creo que es el lema de Minas Gerais, en evocación al líder independentista y sacamuelas Tiradentes.

En el prefacio, en la presentación de la edición brasileña de mi libro La reforma psiquiátrica<sup>3</sup>, señalaba que en Brasil, la reforma psiquiátrica iba más allá de un movimiento de transformaciones técnicas, (que, por cierto, también se están dando y con respuestas originales en muchas ocasiones); iba más allá de la técnica envolviendo, comprometiendo a la sociedad civil en un abordaje solidario de la locura. La participación, esa gran ausente en todo el mundo en los procesos de transformación sanitaria, en la psiquiatría o salud mental comunitaria, adquiere carta de naturaleza aquí, en Brasil. En las experiencias de Betim, de Santos, de Bagé, de Sao Paulo, de Campinas, de la Colonia en Río de Janeiro, de San Pedro Ciudadano, en Porto Alegre, entre otras muchas, pero sobre todo en la pluralidad y fuerza del Movimiento de luta antimanicomial. Abordaje colectivo de la locura, y por tanto de lo diferente, empeñado en la restauración del lazo social.

No puedo por menos que recordar ese hito inaugural de una nueva manera de entender la reforma psiquiátrica que fue la II Conferencia de Salud Mental celebrada en Brasilia, en diciembre de 1992, donde la sociedad civil organizada se incorporó al proceso: 1500 participantes, delegados de profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, políticos, gestores, asesores internacionales. En sus 202 mociones aprobadas se instituyó una doctrina para el cambio. Se consolidaron los cuadros, los equipos y los principios que harían posible el desarrollo del proceso de reforma.

El objetivo de varios años de organización de encuentros y actividades se había alcanzado: los mentaleiros habían conseguido que la sociedad brasileña asumiera la necesidad de la reforma, que demandara otro destino para los enfermos mentales. Otro destino distinto al hospital psiquiátrico y la psiquiatría tradicional.

A partir de aquí estaban dadas las condiciones principales para el desarrollo de un proceso de reforma sanitaria y más concretamente psiquiátrica: una conciencia social de la necesidad del cambio, una sensibilidad política y los técnicos adecuados para llevarla a cabo. El consenso era claro: el cierre, o "fechamiento", de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos. No se trataba sino de asumir el objetivo central de los procesos de reforma psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial, con la sabiduría de

casí cuatro décadas de experiencias, de aciertos y de errores. Había razones técnicas - el fracaso del hospital psiquiátrico como institución terapéutica - y razones éticas: la necesaria devolución de la dignidad de personas y de sus derechos ciudadanos a los pacientes mentales.

### **La recuperación "terapéutica" del Hospital Psiquiátrico.**

En Brasil, hoy casi diez años después, tras una importante reducción de camas asilares sin abandonos ni desasistencia, cuando por fin ha sido aprobada la Ley Federal que restringe la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y reordena la asistencia en salud mental, enfatizando la construcción de una red diversificada de servicios comunitarios, empieza a circular la idea de recuperar el hospital psiquiátrico, modernizándolo. La idea de hacerlo compatible con la llamada reforma psiquiátrica. Aquí, en Brasil, y en buena parte de los países donde se han desarrollado procesos de transformación psiquiátrica.

Una idea que, según los organizadores de este seminario, se difunde revestida de la apariencia del buen sentido y de la moderación - esa moderación, el todo vale, que justifica o permite la inequidad, acallando la crítica y el debate.

Esta vuelta vergonzante al manicomio, como larga estancia, como fondo de pacientes refractarios al tratamiento, o simplemente para aquellos enfermos que necesitan algo más que las estancias breves en las unidades de agudos de los hospitales generales y las consultas ambulatorias, se da en mi país, se da en Europa; se está dando creo en todo el mundo: se monta, cabalga en la crisis del Estado del Bienestar, en el cambio de la sensibilidad social, en el debilitamiento del lazo social que viene con la globalización; se introduce con el retorno de la neuropsiquiatría, de una concepción científica burdamente positivista, biológica, y con el pretexto de la evidencia científica.

Se introduce con el cada vez mayor peso de una organización asistencial que quiere funcionar en dos velocidades: por una parte la psiquiatría de agudos (y la investigación, y la academia), reservada al hospital general y a los psiquiatras, y por otra, la atención a la cronicidad, la atención comunitaria, lo socio-sanitario: la salud mental, en definitiva, donde se depositaría lo social y resistente de la enfermedad mental (en manos de los equipos pluri-profesionales que crearon las reformas).

Con las nuevas tecnologías, el predominio creciente de la psiquiatría biológica con su reducción del trastorno psíquico al aparato mental, a los mecanismos cerebrales, es decir: al uso de la psicofarmacología, de la neuroimagen, del TEC; encuentra la coartada para un nuevo abandono de los pacientes crónicos, cronicidad, del ahora llamado TMSP. O su relegación presupuestaria.

Me referiré más adelante a esto, a la falacia de cientificidad de las nuevas evidencias y a las trampas de las nuevas formas de gestión. Vaya por delante mi opinión respecto a las innovaciones técnicas que últimamente seducen, deslumbran y reducen el pensamiento psiquiátrico: creo que hay que acomodarlas en el conjunto de haberes del pensamiento de nuestro momento histórico, en relación con la Nueva Psiquiatría, o neuro (fármaco) psiquiatría, para, a continuación, reivindicar con fuerza la utopía: la ciencia al servicio del ser humano, donde la técnica sería, en la metáfora de Wittgenstein {París Carlos 2000 #15120}, comparable a una escalera que es arrojada una vez que hemos ascendido por ella. Utopía social sin la cual el imperativo tecnológico que nos rodea se puede convertir en una mortal pesadilla\* 6.

En cualquier caso, respecto al hospital psiquiátrico, hace tiempo que se sabe, hay evidencias técnicas, que el hospital psiquiátrico no puede ser transformado en institución terapéutica: la desinstitucionalización viene de ahí, del fracaso de esta institución como espacio terapéutico. Fracaso aún en sus intentos más rigurosos, como fueron la comunidad terapéutica inglesa o la psicoterapia institucional en Francia; los dos ensayos más legítimos y de más calado técnico de hacer terapéutico el Hospital Psiquiátrico.

\* Uno de entre ustedes, Octavio Domont de Serpa Junior, en un magnífico libro: *Mal-Estar na Natureza* (1998) analiza las insuficiencias del discurso biológico

Fueron estas mismas experiencias, entre otras, las que nos demostraron que el hospital psiquiátrico actúa en el mismo sentido que la cronicidad psicótica. El sociólogo Erving Goffman ya describió suficientemente el peso de las instituciones totales en su conocido libro *Internados*<sup>7</sup>, definitivo ensayo sobre la situación social de los pacientes mentales aislados, publicado en 1961.

En la actualidad no hay nadie que defienda abiertamente el hospital psiquiátrico, que exponga en público sus virtudes terapéuticas. Se habla de su necesidad ante la falta de otros recursos, ante las insuficiencias y abandonos de la nueva y la vieja cronicidad. Se culpa, de forma más o menos abierta, por parte de algunos profesionales, y parte de los medios de opinión, a la desinstitucionalización del incremento de locos en la calle, de vagabundos, hombres y niños de la calle, y de la criminalización de los sin techo. Pero esta denuncia, sobre una situación de real abandono producida en algunos países, como en EEUU, ignora que en EEUU hay 40 millones de pobres y que mueren anualmente varios cientos de miles de personas por falta de seguro médico. Ignora que fue un recorte de subvenciones a viviendas lo que puso, en la época de Regan, a miles de personas en la calle.

Esta supuesta necesidad del hospital psiquiátrico se debe en muchas regiones y países a la falta de cobertura sanitaria y de servicios sociales destinados a esta población por unos sistemas de prestaciones regidos cada vez más por la ley del mercado y sustentado en aseguradoras (la separación, entre otras cosas de la financiación y la provisión de servicios que inauguró el gobierno de Margaret Thatcher). Un modelo de prestaciones que favorece la fragmentación y la súper especialización de los servicios y que exige de los usuarios y cuidadores transacciones complejas.

Leona Bachrach, como ustedes saben un clásico de la desinstitucionalización, señalaba hace ya bastante tiempo, que buena parte de los problemas que los procesos de reforma encontraban provenían de la incapacidad de dar respuestas adecuadas a las funciones antes desempeñadas por el hospital psiquiátrico. Y es que, después de los años de optimismo, cuando, en las primeras reformas de los años sesenta del siglo pasado, se creía que la simple apertura y cierre de los hospitales psiquiátricos iba a suponer en fin del deterioro y la cronicidad psicótica, se vio la necesidad de estudiar el qué y el por qué del hospital psiquiátrico y las causas de la nueva cronicidad, la que se producía fuera de los muros del manicomio, y para la que entonces unos profesionales y unos servicios pensados para atender enfermos agudos no tenían respuesta.

Voy a detenerme un momento en este por qué, en las razones y en el para qué de los hospitales psiquiátricos, en sus funciones, para entender de las dificultades de la desinstitucionalización y de su mismo sentido: en cuanto que surge como la inversión del primer planteamiento médico para afrontar la locura o enajenación mental: el aislamiento.

### **¿Cómo, por qué, para qué se origina el manicomio?**

El manicomio y la psiquiatría como disciplina médica, se constituye ante la necesidad, tras la Revolución Francesa, de encontrar un nuevo estatuto social para los locos: de una parte había que curarlos; era preciso, por tanto, objetivar la enfermedad; de otra parte, como ciudadanos, reclamaban de una nueva legalidad. Con el nuevo orden democrático, con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, la nueva soberanía civil tiene que reflexionar sobre la responsabilidad y los límites de la libertad: el enajenado ya no puede ser encerrado sin más; surge el internamiento definido como aislamiento terapéutico y un espacio propio, el manicomio, el asilo según Esquirol (entonces hospital era un término peyorativo: albergue de pobres y excluidos). Surgen el manicomio y la psiquiatría como disciplina médica. El aislamiento terapéutico de las causas de la locura, de las pasiones, se considera una medida transitoria y necesaria para el tratamiento moral.

El manicomio significa por tanto la creación de un espacio médico, terapéutico, frente a las promiscuas bastillas del absolutismo, donde los pacientes mentales se hacían

junto a todo tipo de excluidos sociales. Los médicos, los alienistas, se hacen cargo de la locura, que se desgrana en enfermedades que hay que describir y atender, procurando su curación. El tratamiento moral de Pinel tiene mucho que ver con la nueva ética revolucionaria, con la "incorruptibilidad moral" de Robespierre. No hay que olvidar que Pinel, es considerado por los profesionales de la salud mental padre de la psiquiatría y por los profesionales de la salud pública el promotor de la higiene pública francesa<sup>5</sup>.

Pero este origen optimista y socialmente revolucionario decae a mediados del siglo XIX, coincidiendo con la derrota obrera en la revolución de 1848. Los cambios en la ideología social y científica de la época, junto con la masificación de los asilos, hacen perder el espíritu humanista y esperanzado de los primeros alienistas. Triunfa la tesis de Bayle: dominando la idea de la incurabilidad: la clínica psiquiátrica busca en la lesión las causas de las enfermedades mentales; la PGP se convierte en el nuevo paradigma científico. Las nociones de defecto, degeneración, peligrosidad e incurabilidad de la locura, llevan a un nuevo abandono de los pacientes psicóticos, que coincide con la gran masificación de los asilos que impone la industrialización.

Desde entonces, desde mediados del siglo XIX el manicomio, se perfilan claramente las funciones del manicomio, funciones que perduran hasta nuestros días. Una función médica, cuya eficacia es pronto cuestionada. Una función social, de refugio de pobres locos: incrementada con la miserabilización que conlleva la industrialización y las grandes migraciones. Y por último, a una función de protección de la sociedad, frente a un grupo de población generalmente inclasificable desde la psicopatología que transita en el límite de la legalidad y cuya forma de vida no suele ser aceptada por la mayoría y que nos remite a una vieja alianza entre la psiquiatría y la justicia, a un juego de complicidades para cubrir las fallas del orden social que va a convertir a los pacientes, a los doctores mentales, en unos menores perversos tutelados por jueces y psiquiatras.

### La reforma psiquiátrica

Tras la II Guerra Mundial, la comunidad científica llega a la convicción por diferentes vías que el Hospital Psiquiátrico no sirve, añade patología, cronifica; que debe ser suprimido o transformado. Se invierte el planteamiento de los alienistas, la idea del aislamiento de las causas de la locura, de las pasiones, como marco terapéutico; idea sobre la que, como acabó de decir, se construyó el discurso psiquiátrico: la comunidad aparece ahora como espacio normalizador, como fondo de reordenación de los recursos de salud mental. Es ingreso, el internamiento, se convierte en una medida de excepción que hay que procurar sea lo más corta posible.

La idea de higiene mental, de salud mental, surge con el siglo de una modernidad ilustrada que cree en el progreso. Entronca con el poderoso movimiento de salud pública del primer tercio del siglo, que en psiquiatría va a reflejarse en la creación de dispensarios de higiene mental y en la política de puertas abiertas de asilos y manicomios en Francia y Reino Unido, y sobre todo, en la fuerza del movimiento ciudadano y profesional que reúne 4.500 delegados de 53 países en el 1er Congreso de Higiene Mental celebrado en 1929 en Washington. Pero será después de la II Guerra Mundial cuando se inicia la reforma psiquiátrica dentro de un amplio movimiento de reformas sociales y sanitarias que va a configurar el Estado del Bienestar. En la Francia ocupada y en la Gran Bretaña bombardeada comienza un proceso de transformación de la forma de atender la salud mental que va a durar hasta nuestro días. Es un compromiso ético de las fuerzas políticas vencedoras: también un imperativo social. Tras el horror bélico se crea la esperanza en las poblaciones de un mañana mejor, de una sociedad más solidaria y más justa.

En este sentido, en 1952 la recién creada Organización Mundial de la Salud (1946) proclama su definición de la salud, una declaración de intenciones progresista que vincula la salud al bienestar físico, psíquico y social, y no sólo a la ausencia de enfermedad. La protección de la salud va a formar parte de las mejoras de las condiciones de vida, del nuevo proyecto de sociedad que supone el Estado del Bienestar. Desde los documentos iniciales que dan lugar al Servicio Nacional de Salud inglés - el primero y más paradigmático durante mucho tiempo - en plena guerra, en

1942, se pretende afrontar a lo que entonces se definen como los cinco gigantes que amenazaban a la humanidad: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo, a través de un seguro global y de los servicios públicos. Se organizan nuevos sistemas nacionales de salud en Europa y Canadá, más equitativos y universales, y se configura una nueva epidemiología aplicada a las enfermedades no infecciosas. Los sistemas nacionales de salud incorporan la actividades preventivas. La integración de la psiquiatría en la sanidad general, el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de recursos alternativos, la llamada desinstitucionalización, la salud mental comunitaria, constituyen los elementos fundamentales del movimiento de reforma psiquiátrica.

Hay un desplazamiento conceptual de la psiquiatría a la salud mental. Del servicio de psiquiatría se pasa a los servicios de salud mental. O dicho de otra manera de la noción de enfermedad y su tratamiento pasamos a una noción más amplia que significa tanto la condición deseada para el bienestar de los individuos como a las acciones necesarias para conseguirla. La fuerza renovadora de los movimientos sociales de los años sesenta van a influir en la psiquiatría (Acta Kennedy en EE.UU., reforma antinstitucional Basagliana, antipsiquiatría inglesa) y en la potenciación de nuevas orientaciones para la sanidad pública.

En 1974 el Informe Lalonde del gobierno de Canadá, con el se configura la "Nueva Salud Pública", señala que en lugar de gastar tanto en los aspectos asistenciales (hay que tener en cuenta la crisis económica de 1973 que muestra los límites al desarrollo) debe dirigirse la atención hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades crónicas. La conferencia de Alma Ata en 1978 constata que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se corresponden con una mejora de la salud, proponiendo trasladar el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud. La OMS propone como objetivo "Salud para todos en el año 2000", un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios sanitarios. El sumo: el sujeto de intervención del sistema de salud se traslada a toda la población y no sólo al sujeto enfermo. Se pretende ir más allá de la morbilidad conocida: esa parte visible y pequeña de la morbilidad y la vulnerabilidad. La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la "curación", sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. Hay un descentramiento de los sistemas de salud que tiene que salir fuera, salir de los hospitales a la comunidad, a la población. Supone el desarrollo de la Atención Primaria y de los programas preventivos. La salud pública amplía sus miras: el médico encuentra de nuevo lo social, los factores sociales que condicionan el enfermar. Se encuentra de nuevo con aquellas famosas palabras del fundador de la misma, Virchow; la medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son una intervenciones de salud pública en su sentido más profundo. La medicina se piensa como rama de la salud pública. La psiquiatría como parte de la salud mental.

Hernán San Martín y Vicente Pastor, en un libro publicado en 1988, en España sobre Salud comunitaria, cuando estaba en auge el debate sobre la sanidad en España (la Ley General de Sanidad se aprueba en 1986), escriben: "Se puede hablar de "salud comunitaria" cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud"<sup>8</sup>. La Salud Mental Comunitaria va a designar un modelo de atención caracterizado por varios desplazamientos: a) del sujeto enfermo a la colectividad; b) del espacio hospitalario (sobre todo el manicomio) a la comunidad; c) del psiquiatra al equipo. La Salud Mental Comunitaria incorpora nociones de salud pública y además del trabajo clínico tradicional establece acciones para la población general y grupos de riesgo; la territorialización, la universalidad y la integración de los recursos de cada Área de Salud son requisitos indispensables, así como el trabajo con otras instancias comunitarias. La salud mental comunitaria significa un modelo de organización de servicios y un

modelo de atención clínico asistencial, un modelo donde, por definición no cabe el manicomio.

Este es el ideal: estos son los principios a los que España se incorpora después de la dictadura, a finales de los años setenta; esta es la cultura de la reforma, de la reestructuración psiquiátrica que se aprueba en la Conferencia de Caracas en 1990 por buena parte de los países del Continente, a los que Brasil se suma en su II Conferencia de Saude Mental y los que animan hoy el nuevo modelo de salud mental mexicano que ha cerrado un manicomio y creado una red alternativa en Pachuca, Estado de Hidalgo, en diciembre del año pasado.

## Hoy

Es el momento de centrarnos en el presente, de hacer un pequeño balance, y de señalar los riesgos que amenazan el progreso de los programas de salud mental comunitaria. En primer lugar, es un hecho la disminución de las camas manicomiales, la pérdida de vigencia del hospital psiquiátrico y cierta consolidación de una cultura de la reforma psiquiátrica: mayor aceptación del trastorno mental como una enfermedad más, mayor integración de los sistemas de cuidado en la sanidad general. Como los es también el desarrollo de técnicas específicas de atención a la cronicidad discapacitante: los programas de rehabilitación, prácticamente inexistentes a principio de los ochenta - fueron una de las carencias importantes de las primeras reformas-, se han desarrollado mucho desde entonces, formalizando herramientas eficaces frente a la cronicidad psicótica. Pero se mantienen deficiencias notables. Tales como la desigualdad por países, por regiones y aún dentro de las grandes regiones, en la implantación de las redes en todos los países. Cuando se habla de la reforma psiquiátrica italiana, nos referimos a un modelo que ha cambiado una legislación (La Ley 180 de 1977 que suprime el manicomio) y a unos principios desinstitucionalizadores, pero al final, no todas las regiones de Italia han completado los proyectos de reforma. Y lo mismo sucede en todos los países. En España lo señalaba el Informe del Defensor del Pueblo de 1992, haciendo ver la ausencia de recursos en algunas regiones o la pervivencia como recurso hegemónico del manicomio en otras. Y la carencia es mucho mayor allí donde se enlazan las necesidades sanitarias y sociales: los pacientes crónicos discapacitados.

Entre las grandes cuestiones pendientes está la introducción de criterios de calidad subjetiva de vida en los servicios de salud mental y el desarrollo de mecanismos y protocolos que garanticen la eficacia de las prácticas y los derechos de los pacientes y sus allegados.

Entre los grandes riesgos futuros está la propia definición de la práctica, de la psiquiatría y de las otras disciplinas de la salud mental. Esta el asalto de la psiquiatría biológica, con su reduccionismo, en su intento de reconstruir todo el universo del pensar y el hacer humano desde fundamentos biológicos e instrumentales. Para muchos de ellos el futuro de la psiquiatría está en convertirse en una "neurociencia clínica"; para otros en una subdisciplina de la neurología. La Psiquiatría Basada en la Evidencia y su patrón de oro: los meta-análisis de ensayos clínicos aleatorios es un pretencioso invite para hacerse con la verdad científica, la punta de lanza de una estrategia de los actuales PODERES para reducir la teoría y la práctica psiquiátrica a una colección de hechos donde definitivamente se excluye a la persona del proceso terapéutico y el profesional es fácilmente controlable por las agencias mundiales de "evidenciólogos". Un grupo no muy numeroso de especialistas puede ejercer un eficaz control globalizado sobre las pautas de atención y de prescripción. Alianza de gestores (ya se ha acuñado el término Atención Sanitaria Basada en la evidencia) y clínicos, en un momento en que los estados procuran deshacerse de sus responsabilidades sobre la salud de los ciudadanos transfiriendo estas obligaciones a la empresa privada o a los propios usuarios. Hay verdades científicas que para mantenerse necesitan, como dice un escritor español, Rafael Sánchez Ferlosio, de guardaespaldas?

Este auge de los hechos frente a los valores, se conjuga con el establecimiento de las nuevas formas de gestión sanitaria, introduciendo las leyes del mercado, la competencia

como elemento regulador. Competencia que sustituye a la colaboración. El mercado, ya lo decía Bernard Mandeville, en 1705, en su Fábula de las abejas: vicios privados, beneficios públicos, no entiende de moral. Desde los años ochenta se consolidan mudanzas en los sistemas de pago que exigen una precisión diagnóstica, la financiación de las investigaciones comienza a privilegiar los estudios biomédicos, con el pretexto de una mayor necesidad de objetivación, el campo de la nosología pasa por una gran reformulación con la publicación en 1980 del DSM III, donde la psicopatología se retira frente a unos criterios de agrupación por síntomas y su evolución que pretende ser "científica", es decir con categorías basadas en datos objetivos, claros y únicos, universales. Un reduccionismo que va a reflejar en las formas de entender la psiquiatría (predominio de los hechos frente a los valores, de lo cuantificable frente al discurso) pero también en la organización de la asistencia y el cuidado a los problemas de salud mental, como señalaba al principio de mi intervención, y en el que va a influir el imparable crecimiento de los medicamentos psiquiátricos y su inmenso poder de compra.

Ahora bien, el retroceso no es global, la situación es compleja. En el Reino Unido se retiran las medidas establecidas en la época de Margaret Thatcher, por ineficaces, y del mercado se vuelve a la colaboración. Médicos internistas y psiquiatras señalan la parcialidad de la Medicina Basada en la Evidencia y reivindican, frente a los hechos de nuevo los valores, una medicina basada en narrativas<sup>4</sup>. Hay lugares donde los nuevos modelos de gestión se aprovechan en beneficio de los programas comunitarios. Se abren nuevos foros en el mundo para reivindicar una psiquiatría ciudadana, una salud mental colectiva. La sociedad, escribió María Zambrano, lo es en sentido estricto sólo donde el individuo actúa y tiene vigencia<sup>10</sup>. Siempre que el individuo sea aplastado o malogrado se recaerá en un tipo de comunidad inferior; ya superada entre nosotros; será un verdadero regreso histórico.

En estos momentos de utilitarismo, importa reivindicar la palabra y la propia consideración de bienestar del paciente. Decía hace ya tiempo Leon Eisenberg que la tecnología estaba ampliando la diferencia entre lo que los enfermos buscan y lo que los médicos ofrecen; los enfermos tienen sufrimientos, entendidos como experiencias de los cambios en el estado del bienestar y funcionamiento social, mientras que los médicos diagnostican y tratan enfermedades {Eisenberg L 1997 #130} {Eisenberg L 1981 #140}. Y sin embargo debiera ser que tan importante conocer qué tipo de paciente tiene la enfermedad como qué tipo de enfermedad tiene el paciente.

Últimamente arrecian las críticas a la definición de la salud de la OMS: la salud como bienestar físico, psíquico y social, en cuanto, se dice, plantea no la salud posible si no la cuestión de la dicha, de la felicidad. Una definición utópica que responde a un momento histórico, tras la barbarie de una guerra mundial, donde los supervivientes creyeron que podían diseñar una sociedad mejor para todos, donde todos los hombres cupieran. Attali explica la utopía como la intención de modelar la imagen de la sociedad a partir de un ideal ético, de cierta concepción de la justicia, de la felicidad, de la eficacia, de la responsabilidad<sup>2</sup>. Al fin y al cabo, la utopía trata, como afirma Sam Spade, el detective de Dashiell Hammett, en el Halcón maltés, cuando le preguntan de qué está hecha la estatuilla del ave de presa: "de la materia de los sueños".

Decía el texto de una camiseta que encontré entre ustedes, en Porto Alegre, creo: Sonho que se sonha junto é realidade.

Dejemos, pues, en esta aventura de la reforma sanitaria y de la salud mental, entre los hechos y los valores, un pequeño rescoldo de utopía, para que todo sea todavía posible.

## Bibliografía

1. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson, 1990.
2. ATTALI J. Fraternidades. Buenos Aires: Paidós, 2000.
3. DESVIAT M. A reforma psiquiátrica. Río de Janeiro: Focruz, 1999.
4. DESVIAT M. La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (2):119-21.
5. DESVIAT M. Salud Pública y psiquiatría. *Revista de la As Esp de Neuropsiquiatría* 2001; 77 (21):125-33.
6. DOMONT de Serpa Júnior O. Mal-Estar na Natureza. Río de Janeiro: Te Corá, 1998.
7. GOFFMAN E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
8. SAN MARTÍN H, Pastor V. Salud comunitaria: teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
9. SANCHEZ Ferlosio R. Vendrán más años malos y nos harán más ciegos. Barcelona: Destino, 1994.
10. ZAMBRANO M. Persona y democracia. Madrid: Siruela, 1996.



Nascimento do Hospital Psiquiátrico:  
Sob o Signo da Exclusão

---



## **Ementa**

Quando as tradicionais histórias da Psiquiatria são questionadas pela história da loucura, o nascimento do hospital psiquiátrico apresenta-se, desde o início, não como a afirmação jubilosa da cientificidade da Psiquiatria, mas, pelo contrário, como a marca indelével de sua origem moral. Significa o aval da exclusão, por parte de um modo de produção nascente, de todos aqueles que não se inserem em seu ritmo, exigências e valores, e repete até hoje, séculos depois, a marca indelével da sua origem.

Assim, para além das boas ou más intenções, veremos que foram extremamente restritas aquelas tentativas de reforma que julgavam possível ou necessário manter a figura do hospital: quanto mais se buscava reformá-lo, mais os limites se revelavam na evidência brutal de seus muros. Seu parentesco visível com as instituições carcerárias, sua tentativa canhestra de revestir-se de uma aparência médica, seu aparato de segurança e sua organização hierárquica, a arrogância do tipo de saber que propaga e produz, nunca desapareceram através de reformas: estes traços demonstram-se não como excrescências extirpáveis, mas como características mesmas de uma estrutura fundamental de exclusão. Há uma separação radical entre o hospital psiquiátrico e o mundo histórico: o primeiro será sempre um microcosmo auto-suficiente em sua interioridade, do qual se abollu o acontecimento, a intervenção, o ato, o espaço de fora.

Nesta Mesa Redonda, discutiremos o cerceamento intrínseco que o mundo asilar, sujo ou limpo, organizado ou em desordem, faminto ou farto, impõe aos direitos humanos - ao direito inalienável do homem de fazer-se presente, louco ou não, na dimensão onde se faz a história.

**Comissão Organizadora**

## Theresa Calvet de Magalhães

Professora Doutora do Departamento de Filosofia da UFMG

Antes do século XVIII - todos aqueles que leram Michel Foucault, pelo menos o Michel Foucault dos anos 70 do século passado, conhecem o que vou apenas recordar aqui - o hospital (e estou me referindo ao hospital em geral, e não ao hospital psiquiátrico) era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Era ao mesmo tempo, diz Foucault, uma instituição de separação e de exclusão. O pobre, enquanto tal, precisava de assistência e, como doente, como portador de doença e de possível contágio, era visto como perigoso. Por estas razões, o hospital devia estar presente, tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele (o pobre) encarna.

Até o século XVIII (estas datas dizem respeito à Europa e, mais especificamente, à França) o personagem ideal do hospital não é o doente, aquele que é preciso curar - aliás, e Foucault sempre insiste nisso, o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era de modo algum um meio de curar, não era concebido para curar - e sim o pobre, não qualquer pobre, mas o pobre que está morrendo. Trata-se de alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém que necessita receber os últimos cuidados e o último sacramento. Essa era a função essencial do hospital. Dizia-se então e com razão - e eu escutei isso ainda em João Pessoa, na Paraíba, quando cheguei ao Brasil em 1977 - que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

O que o pessoal hospitalar fazia não era, portanto, curar o doente, mas conseguir a própria salvação do doente. Ou seja, era um pessoal caritativo, religioso ou leigo, que estava no hospital para fazer uma obra de caridade e assegurar-se a si mesmo, assim, sua salvação futura. Conseqüentemente, a instituição hospitalar servia não apenas para salvar a alma do pobre no momento da morte, mas para salvar a alma do pessoal hospitalar, que cuidava dos pobres. Essa instituição, escreve Foucault, exercia uma função de transição da vida para a morte, de salvação espiritual e, ao mesmo tempo, separava os indivíduos perigosos do restante da população.

Essas eram as características do hospital até o início do século XVIII. Lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., o hospital (o Hospital geral) era ainda em meados do século XVII, segundo Foucault, uma espécie de instrumento misto de exclusão, de assistência e de conversão espiritual, que ignorava a função médica. Nada na prática médica dessa época permitia a organização de um saber hospitalar e nada na organização do hospital permitia a intervenção da medicina. Ou seja, segundo Foucault, as séries hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII.

A origem do hospital médico encontra-se na articulação de dois processos: o deslocamento da intervenção médica e a aplicação da disciplina (do poder disciplinar) ao espaço hospitalar. Essa é a hipótese de Foucault - o hospital médico nasceu das

técnicas de poder disciplinar e da medicina de intervenção sobre o meio. E foi, escreve Foucault, a partir do momento em que o hospital foi concebido como um instrumento de cura e que a distribuição do espaço torna-se um meio terapêutico, que o médico assume a responsabilidade principal da organização hospitalar. Surge, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não existia. Até o século XVIII, diz Foucault, os grandes médicos não vinham do hospital. E o saber médico, que até o século XVIII estava localizado nos livros, começa a ocupar um novo lugar - o hospital. Trata-se agora daquilo que se recolhe a cada dia na tradição viva - na tradição ativa e atual - que representa o hospital. Além de se tornar um lugar de cura, o hospital é também um lugar de formação de médicos. A clínica aparece, assim, como uma dimensão essencial do hospital. Este é o pano de fundo de toda a reflexão de Foucault sob o nascimento dos hospitais psiquiátricos.

Antes do século XVIII, é o que Foucault afirma em 1974, a loucura não era sistematicamente internada e ela era considerada essencialmente como uma forma de erro ou uma forma de ilusão. A prática do internamento da loucura coincidiu, no começo do século XIX, com o momento, escreve Foucault "em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que (a loucura) aparece como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre".

Temos de mencionar aqui a decisão da primeira Assembléia revolucionária na França, a 27 de março de 1790, que circunscreve toda a problemática da loucura:

"As pessoas detidas por causa de demência ficarão durante 3 meses, a partir do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogadas pelos juizes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distritos, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam liberados ou tratados nos hospitais indicados para esse fim".

Nessa decisão, pela primeira vez, são dados em conjunto os elementos que irão constituir o que são até hoje as bases de seu encargo social e de seu status antropológico. O louco, que surge como problema na ruptura revolucionária, vai se ver dotado, no fim do processo, do status complexo de alienado: completamente medicalizado, isto é, integralmente definido como personagem social e tipo humano pelo aparelho que conquistou o monopólio de seu encargo legítimo.

O que era então o papel do "asilo", do hospital psiquiátrico, do século XIX, no movimento de retorno (de volta) a condutas regulares?

O hospital psiquiátrico teria, primeiro, a função que era a dos hospitais no final do século XVIII: permitir descobrir a verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que pode, no meio do doente, mascarar a doença mental. Mas, mais do que um simples lugar de "diagnóstico e de classificação", o hospital psiquiátrico do século XIX é o lugar de uma disputa, um espaço fechado para um confronto, um campo institucional onde se trata de vitória e de submissão, "vitória da vontade reta do médico, submissão da vontade perturbada do doente mental".

Todas as técnicas ou procedimentos postos em prática nos asilos do século XIX - como, por exemplo, o isolamento, o interrogatório privado ou público, os tratamentos-punição, a moralização, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, as relações de domesticidade, e até mesmo de servidão, entre o doente e o médico -, escreve Foucault, tinham por função fazer do personagem médico o "mestre da loucura", aquele que a fazia aparecer em sua verdade.

A crise começou, e a idade da antipsiquiatria começa, essa é a hipótese de Foucault, quando se desconfiou e logo se teve a certeza de que Charcot produzia efetivamente a crise da histeria que ele descrevia. Temos aí algo por assim dizer equivalente à descoberta, feita por Pasteur, de que o médico transmitia as doenças que deveria curar. Todas as grandes reformas, não apenas da prática psiquiátrica, mas do pensamento

psiquiátrico, estão situadas em torno dessa relação de poder. Elas constituem tentativas para deslocar, mascarar, eliminar, anular essa relação de poder. O conjunto da psiquiatria moderna é no fundo, diz Foucault, atravessado pela antipsiquiatria, se entendermos por esse termo o que questiona o papel do psiquiatra como era antes, encarregado de produzir a verdade da doença mental no espaço hospitalar. Mas Foucault parece ser por vezes ainda mais radical: em 1970, numa conferência apresentada em Kyoto, no Japão, ele afirma que sempre se interessou não por aquilo que é afirmado e valorizado numa sociedade ou num sistema de pensamento, mas por estudar o que é rejeitado e excluído. A loucura, diz ele, nessa conferência, foi sempre excluída: em todas as sociedades (ou em quase todas as sociedades), o louco é excluído e a ele é atribuído, dependendo do caso, um estatuto religioso, mágico, lúdico, ou um estatuto patológico. Foucault não busca negar a psiquiatria – não foi isso o que ele fez – mas o que ele afirma é que essa medicalização do louco, que ocorreu historicamente bem tarde, não lhe parece ter exercido uma influência profunda no estatuto do louco. Os hospitais psiquiátricos foram criados como algo de simétrico aos hospitais para as doenças físicas. No fundo, conclui Foucault, o estatuto do louco não varia muito entre as sociedades ditas primitivas e as sociedades avançadas. Isso apenas demonstra o “primitivismo” de nossas sociedades: a nossa sociedade ainda exclui os loucos.

Eu vou concluir. Foucault muitas vezes disse que aquilo que o interessava era a atualidade e, nesse sentido, ele se define em 1973 como um jornalista. O que o interessa é aquilo que ocorre em sua volta, o que nós somos, o que acontece no mundo. A filosofia até Nietzsche, diz ele, sempre teve como razão de ser a eternidade e não a atualidade. O primeiro filósofo jornalista, estou citando uma entrevista de Foucault, foi Nietzsche. Ele introduziu o hoje, o atual, no campo da filosofia. Concluiu com a seguinte frase de Foucault: “Eu penso que o futuro somos nós mesmos que o fazemos. O futuro é a maneira como nós reagimos ao que ocorre; é a maneira como nós transformamos em verdade um movimento, uma dúvida. Se nós queremos ser donos do nosso futuro, nós devemos colocar fundamentalmente a questão do hoje, do atual. É por isso que para mim a filosofia é uma espécie de jornalismo radical”. Essa é a contribuição de Foucault para este debate.

Muito obrigada.

**Paulo Amarante<sup>1</sup>**

Professor Doutor da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, RJ

### **Loucos pela Vida - As Transformações no Campo Cultural**

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial contou com cerca de 500 participantes, dos quais um quarto era composto de usuários e familiares. Tendo como tema central o próprio Movimento enquanto um movimento social, este encontro possibilitou a reavaliação de suas estratégias e princípios. O encontro teve como tema a desinstitucionalização e a intervenção cultural (a cultura como alvo, a cultura como meio), no sentido de amplificar a noção desta intervenção como possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico, com a doença, com a diferença entre os sujeitos.<sup>2</sup> O Encontro de Salvador teve muitos desdobramentos, dentre os quais os Encontros de Associações de Usuários e Familiares, inclusive com a elaboração da "Carta dos Direitos dos Usuários". No mesmo sentido, o Dia e a Semana da Luta Antimanicomial foram revigorados com atividades por todo o país. A sociedade, que era convocada a participar apenas em momentos de crises e denúncias, passava a participar regularmente do debate e das ações no campo da RP brasileira. Assim, muitas estratégias foram postas em prática com este objetivo: desde as realizações das datas Antimanicomiais, com organização de eventos não apenas de caráter tecnocientífico (congressos, debates, seminários), mas de caráter cultural (teatro, cinema, exposições de arte, blocos de carnaval), que têm como propósito transformar o imaginário social na percepção da questão da loucura/doença mental e na resposta assistencial e cultural para com as mesmas.

As camisetas, adesivos e cartazes são um bom exemplo disto: inscrições de frases, trechos de músicas, poesias ou ditados populares, passaram a incitar o imaginário popular nas questões relativas ao tema antimanicomial. "Loucos pela vida" (em que se procurava despertar a idéia de loucura como possuidora de positividade também), "de perto ninguém é normal", "sou louco por ti cidadania" (ambas de músicas de Caetano Veloso), "eu vou ficar, com certeza, maluco beleza" (Raul Seixas), "razão demais é loucura" (Cervantes), são algumas das inscrições que passaram a fazer parte do cotidiano, principalmente em se considerando a alta militância política dos membros do Movimento que, entretanto, não deixam de participar (com suas camisetas, adesivos e cartazes) dos demais movimentos da sociedade civil. Surgem os mentaleiros na vida social brasileira. E realmente, são poucos os movimentos sociais que conseguiram estar tão presentes nos jornais, rádios e televisões.

<sup>1</sup> O autor reescreveu a sua exposição de forma tal que o texto resultante excedeu os limites desta publicação. Sendo assim, optamos por um recorte que se adequasse aos mesmos.

<sup>2</sup> ver: NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS/Bahia, 1993. *Relatório final do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*. Salvador: NESM/Ba.

A intervenção cultural tem como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco ou à doença e ao doente. O saber psiquiátrico, sem dúvida, construiu e legitimou, em grande parte, as representações sociais sobre a questão, vinculando-as às noções de irresponsabilidade, periculosidade, irracionalidade, e assim por diante. A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigmas e preconceitos. Isto não significa dizer, no entanto, que na loucura inexistem sofrimento ou dor, mas que tais condições não invalidam os sujeitos, ou que não os tornam perigosos. Poderíamos ousar dizer que, algumas vezes, podem até torná-lo mais susceptível para lidar com determinadas situações. Mas, é na própria organização dos novos serviços de saúde mental, nos serviços da desinstitucionalização, que este efeito transformador do imaginário social é mais eficaz e profundo. É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência (internação em hospício, isolamento, invalidação e mortificação), e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento, centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica, que as mudanças são maiores. Os familiares, que aprenderam com as próprias práticas psiquiátricas, que o seu familiar doente deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, podem aprender uma outra forma de lidar com o mesmo, vislumbrando suas potencialidades, suas dificuldades e, enfim, uma outra trajetória de vida que não a da institucionalização. A corrente se estende e se complexifica: as redes sociais em torno dos doentes passam a perceber o quanto o estigma e a carreira moral são produtoras de comportamentos e condições de vida ainda mais desviantes e sofridas.

O grande número de associações de familiares e usuários, este ator que parece ter entrado definitivamente no cenário da desinstitucionalização, produz uma malha de reflexões e atuações permanentes em torno da questão da RP. Mesmo algumas das associações, criadas a partir de pressões dos proprietários de manicômios privados, já não conseguem posicionar-se, como pretendiam os "empresários da loucura", em defesa irredutível das práticas manicomialistas. A partir de seu envolvimento com as discussões, com as novas práticas que se estão desenvolvendo, tais associações terminam por serem levadas a aceitar a necessidade de uma reforma no setor, superando assim alguns dos princípios que anteriormente defendiam. Exemplo disto é a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), constituída com o apoio dos empresários para combater o projeto, mas que hoje já não pode manter a mesma carta de princípios de sua origem.

### **A Doença Entre Parênteses - As Transformações no Campo Conceitual**

Um dos marcos da RP brasileira é o alto investimento na formação de quadros técnicos e políticos. Já em 1982 foram iniciados o Curso de Especialização em Psiquiatria Social e o Curso Integrado em Saúde Mental que abriram caminho para um amplo processo de formação do pensamento crítico do campo. Atualmente existem muitos outros cursos e outras modalidades de formação/reflexão, configurando-se numa estratégia bastante importante do processo. Nos anos iniciais do processo, o campo teórico foi fortemente marcado, por um lado, pelas experiências internacionais de transformação da instituição psiquiátrica - comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, antipsiquiatria - e, por outro, por referências culturais provenientes de campos variados, tais como da filosofia, sociologia e antropologia. No âmbito das experiências, merece destaque, inicialmente, a de Franco Basaglia, na medida em que, no mesmo ano da constituição do MTSM (1978) era aprovada na Itália a Lei 180 que propõe, pela primeira vez na história, o fim do manicômio enquanto aparato psiquiátrico, e sua substituição por outros meios de cuidados e acolhimento. Mais que uma "psiquiatria reformada", a experiência desencadeada por Basaglia deu início à uma profunda transformação epistemológica e cultural quanto à questão da loucura e da psiquiatria.<sup>3</sup> A Lei 180 surgiu

---

<sup>3</sup> A expressão "psiquiatria reformada" foi cunhada por Franco Rotelli para caracterizar o sentido de não ruptura, ou mais propriamente "modernizador" do velho espírito psiquiátrico, que estaria mantido nas reformas anteriores à

em consequência de uma longa jornada, iniciada em Gorizia e continuada, com correções, em Trieste e muitas outras cidades Italianas, que tinha como princípio a desconstrução do manicômio como estratégia para a desinstitucionalização. Com Basaglia o Movimento pela RP vislumbra o primado da negação da psiquiatria enquanto ideologia, na medida em que se percebe que a psiquiatria "tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas à uma realidade que a própria ciência contribui para produzir, nas formas mais adequadas à conservação do sistema que está inserida".

No aspecto dos antecedentes mais especificamente teóricos, em primeiro lugar a História da loucura na Idade Clássica, de Foucault, foi a obra que viria ampliar o contexto prático-teórico da desconstrução.<sup>4</sup> Imerso na problemática da rede de relações entre as práticas sociais e institucionais e os saberes que fundaram a psiquiatria, o trabalho de Foucault demonstra que, nem a psiquiatria, nem a doença mental existiram desde sempre. A psiquiatria é revelada como um saber historicamente datado que, num determinado contexto, edifica o objeto doença mental enquanto objeto médico-científico. O saber psiquiátrico opera a passagem que transforma a loucura em doença mental e, assim, muda a história do conceito e da própria experiência da loucura na sociedade ocidental. A partir de Foucault a psiquiatria passa a ser entendida não como o lugar do tratamento, da libertação da loucura, mas de um novo território restrito ao muros do hospício e das malhas do discurso e da prática médica. Por outro lado, na medida em que a psiquiatria é construída numa zona de fronteira entre a justiça e a norma médica e social, o asilo cumpre uma função normalizadora ao mesmo tempo médica e jurídica, que em nada pode ser diferenciada daquela do manicômio judiciário. É, desta feita, que a expressão manicômio passa a ser utilizada genericamente para explicitar a função desta instituição ambígua: "a sobreposição entre o gesto que pune e que trata".<sup>5</sup>

O estudo de Goffman viria complementar as reflexões quanto à natureza do asilo psiquiátrico, contribuindo decisivamente para a estratégia da desinstitucionalização das práticas e saberes psiquiátricos.<sup>6</sup> A partir de uma análise microssociológica, o asilo psiquiátrico é igualado à outras instituições de controle e violência, que Goffman passa a denominar de "instituições totais". Esmauçando os mecanismos desta modalidade de institucionalização, onde se destacam a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu, a noção de desinstitucionalização torna-se mais completa e complexa. Fundado no limite da medicina e da justiça, com mecanismos de controle, violência e tutela, o hospício não pode ser mais vislumbrado como um espaço terapêutico.

Uma outra obra, em que pese sua natureza não "científica", é resgatada no contexto destes primeiros passos: trata-se de *O alienista*, de Machado de Assis, a mais importante obra nacional para o projeto da desinstitucionalização no âmbito em que está sendo abordada neste ensaio. *O alienista* é, sem dúvida, a mais impiedosa crítica, não apenas à psiquiatria, mas ao projeto da ciência da modernidade, que julgaram ser possível determinar e construir, a partir da ciência, uma sociedade perfeita.

O termo desinstitucionalização, que havia surgido nos EUA, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, enquanto um conjunto de medidas de desospitalização (prevenção de internações, diminuição do tempo de internação, promoção de altas hospitalares), passa a ser redescrito enquanto desconstrução. Embora muitas outras contribuições tenham sido importantes neste sentido<sup>7</sup>, foi a experiência de Basaglia que demonstrou ser possível, na prática, estabelecer uma outra relação com a loucura que

italiana (Rotelli, Franco, 1994. *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizioni "e". Em certo sentido, corresponde à mesma idéia impressa na noção de *aggiornamento* de Castel (Castel, Robert, 1978. *A ordem psiquiátrica - A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

<sup>4</sup> Foucault, Michel, 1978. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

<sup>5</sup> Barros, Denise Dias, 1994. *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp/Lemos Editorial, pp. 34.

<sup>6</sup> Goffman, Erwin, 1974. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

<sup>7</sup> É preciso ressaltar, por exemplo, as contribuições de Thomas Szasz, David Cooper, Ronald Laing, Robert Castel, dentre outros, que contém atributos muito importantes para esta trajetória da desinstitucionalização.

não aquela da psiquiatria tradicional, sendo assim fundamental para a estratégia da desinstitucionalização enquanto desconstrução. Inspirado pelas experiências sucedidas em outros países, Basaglia iniciou seu trabalho em Gorizia com a expectativa de transformar o manicômio em um lugar de cura, o que seria viabilizado, basicamente, pela implantação de uma comunidade terapêutica que teria como base teórica os princípios de Maxwell Jones e François Tosquelles. O contato direto com o manicômio faz com que, no entanto, a psiquiatria seja percebida enquanto um saber que, ao colocar o sujeito entre parênteses, passa a se ocupar de uma entidade abstrata, a doença que, conforme as verificações de Foucault, ela própria contribui para produzir. A instituição psiquiátrica deveria ser então negada, enquanto saber e poder. Numa atitude autenticamente husserliana, Basaglia propõe inverter esta estratégia, isto é, colocar a doença mental entre parênteses, para poder lidar e perceber o sujeito em sua experiência-sofrimento.<sup>8</sup> Basaglia entende que "a objetivação do homem em síndromes (...) tem tido consequências extremamente irreversíveis no doente que - originalmente objetivado e restrito aos limites da doença - fora confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que deveria distanciar-se e excluir aquilo que não estava em grau de compreender".<sup>9</sup>

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de suspender o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico, e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento.

Sob o diagnóstico de doença mental todos os sujeitos tornam-se iguais, e a institucionalização mesma contribui para constituir os próprios estereótipos e trejeitos que serão somados ao rol dos sinais e sintomas. Desconstruir o saber psiquiátrico e o manicômio significa então estabelecer uma relação que não passe primariamente pelo diagnóstico, pelo sintoma ou pela doença. É desta forma que, inspirado num texto de Artaud<sup>10</sup>, Basaglia desenvolve a noção de duplo da doença mental, enquanto o conjunto de incrustações institucionais, sociais e culturais que são impregnadas aos sujeitos objetivados pelo saber e práticas psiquiátricas. A desinstitucionalização surge então como uma estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática. Isto é, na desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e sócio-culturais que se edificaram sobre a noção de doença mental. As práticas sociais e culturais para com a loucura tornada doença mental mantêm uma relação de estreita interdependência com o saber da medicina mental; Foucault demonstra, por exemplo, como a percepção médica incorporou elementos da percepção social para constituir o conceito de alienação mental, num primeiro momento, e de doença mental, logo após. E, uma vez constituída a psiquiatria enquanto ciência, é esta a influenciar o imaginário social quanto ao que vem a ser o louco, o doido, o doente, a loucura, a doença mental. Dando continuidade, Basaglia parte do pressuposto de que a psiquiatria deveria exercitar uma nova prática para com a loucura e, assim, produzir um novo imaginário social.

Após a morte de Basaglia, em agosto de 1980, o MTSM distanciou-se de suas idéias mais fundamentais e viu-se envolvido, a partir da estratégia da ocupação de espaços nos centros de tomada de decisão das políticas públicas, com determinados princípios que aproximavam a noção de desinstitucionalização daquela de desospitalização. De uma forma geral, o mesmo aconteceu em outros países, quando a experiência basagliana perdeu o interesse que teve originalmente, fortemente associada ao movimento contracultural de maio de 68. Contudo, sob a condução de Franco Rotelli, a experiência triestina, mais que a média das experiências italianas, sofreu uma substancial radicalização e, nos últimos anos da década de 80, reapareceu como uma das mais

---

<sup>8</sup> Trata-se da noção de *epochè* ou redução fenomenológica de Edmund Husserl.

<sup>9</sup> Basaglia, Franco e Basaglia, Franca Ongaro. Un problema di psichiatria istituzionale (dalla vita istituzionale alla vita di comunità). In: *Basaglia scritti I* (F.O. Basaglia, 1981, org.), 309-328. Torino: Einaudi, pp. 309-310.

<sup>10</sup> Trata-se de *O teatro e seu duplo* de Antonin Artaud.

importantes no cenário internacional. É Rotelli quem, fundamentalmente, redescreve o conceito de desinstitucionalização enquanto o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social. Um novo objeto, portanto, que não é mais objeto, mas sujeito; e, por outro lado, não mais uma situação estática, mas em permanente desequilíbrio. Como resultado, a questão torna-se, em suas palavras, não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas sua invenção, não a reparação, mas a reprodução social das pessoas, em outras palavras, o processo de singularização e ressingularização.<sup>11</sup> No lugar da prática psiquiátrica, de pesquisar a nosografia da negatividade, isto é, de operar a identificação dos sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez, a nova prática, da nosografia das positivities, procura perceber e produzir positivities e autonomias.

As cooperativas sociais, criadas nos primeiros momentos da desconstrução do manicômio de Trieste, foram amplificadas enquanto empresas sociais, isto é, um conjunto de iniciativas, serviços, estruturas, trocas sociais, idéias, que visam produzir os processos de singularização e ressingularização. A estratégia da desinstitucionalização se estende no território, modificando as relações de poder e saber entre as pessoas em torno dos objetos loucura, desvio, diversidade.

Desconstruído o manicômio, e desconstruídas as relações tradicionais entre psiquiatria e doença mental, que informavam as relações entre sociedade e loucura, é instalada uma extensa e complexa rede, não apenas de serviços territoriais emblemáticos pelos centros de saúde mental, mas também pelas empresas sociais, associações, iniciativas sociais e culturais. Com tal suporte, por ocasião do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo, surgiu uma nova tendência no interior do MTSM, denominada de Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental. Composta de muitos técnicos, recém chegados de períodos de estágio em Trieste, a Plenária deu início a uma ruptura com as estratégias então hegemônicas no Movimento. Foi por intermédio desta nova tendência que o MTSM pode reencontrar suas origens mais primárias e, assim, dar início a um processo de reconstrução de sua plataforma. Ao MTSM foi possibilitado atualizar-se quanto aos desdobramentos da experiência triestina e, mais que isso, aos desdobramentos no campo teórico, operados pelos autores na tradição basagliana. Sob a liderança dos participantes da Plenária foi convocada a reunião paralela à I Conferência Nacional de Saúde Mental e, como consequência, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, onde o Movimento deixou de ser composto por técnicos em defesa da modernização do aparato psiquiátrico, para tornar-se uma articulação social de luta antimanicomial. Ainda pela iniciativa de membros da Plenária, foi publicado no Brasil o livro *Desinstitucionalização*<sup>12</sup>, com textos de Franco Rotelli e colaboradores, que deu início a uma nova etapa da discussão e estratégias quanto à RP.

### De perto Ninguém é Anormal - A Título de Inconclusão

O Movimento pela RP - na permanente falta de melhor denominação<sup>13</sup> -, tem sido

<sup>11</sup> Rotelli, Franco, 1994. *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizioni "e".

<sup>12</sup> Nicácio, Fernanda, org., 1990. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

<sup>13</sup> O nome do movimento tem sido um histórico problema. Nos momentos de sua constituição já se discutia se deveria denominar-se movimento de *profissionais* ou de *técnicos*, de saúde mental ou *em* saúde mental, e assim por diante, refletindo posições políticas e ideológicas de suas tendências. Por ocasião da transformação em movimento social, o debate em torno da denominação girava em torno de ser *anti*(antimanicomial) ou *sem*(manicômios), ou *pró*(reforma psiquiátrica). A expressão *reforma* também tem sido objeto de longas discussões, como vimos, assim como saúde mental. Sabemos que a expressão *saúde mental* nasceu da psiquiatria preventiva como a utopia de uma sociedade sem sofrimentos, doenças ou dores, portanto, um ideal higienista. Tenho insistido no termo Movimento da Reforma Psiquiátrica por sua generalidade, assim como pela possibilidade de construir parcerias em outros setores, mas sem pretender resolver a questão, na medida em que a entendo como um processo permanente.

caracterizado como um dos mais vigorosos e persistentes movimentos sociais no Brasil contemporâneo. Aproximando-se dos movimentos de caráter autenticamente democrático e social, o MTSM reivindica e luta efetivamente por uma melhor qualidade de vida em seu sentido mais amplo (solidariedade, igualdade, cidadania). Nascido parcialmente no âmbito do Movimento pela Reforma Sanitária, soube ir bem mais longe: colocou em discussão o modelo médico-psicológico de produção de conhecimento sobre o objeto doença e sobre a noção de terapêutica. Embora o Movimento pela Reforma Sanitária tenha nascido calcado fundamentalmente na crítica ao modelo médico, dela se distanciou ao mesmo tempo em que se aproximou das estratégias do planejamento normativo, nas quais é ainda fortemente apegado. Por ter rompido com a racionalidade médica, o Movimento pela RP conseguiu sair das malhas restritas das políticas oficiais, conseguiu construir situações no exterior do aparato oficial, conseguiu romper com o modelo assistencialista tradicional. Enquanto o Movimento pela Reforma Sanitária continua reivindicando mais serviços, mais recursos humanos e mais tecnologias, o da RP quer redefiní-los. Embora o Estado tenha incorporado as diretrizes do Movimento da RP, cumpre assinalar uma importante singularidade: as formulações de políticas públicas, que sempre vêm de "cima para baixo", como se usa dizer, no caso específico da situação que abordamos fizeram o percurso inverso. Neste sentido, em que pesem as importantes medidas assumidas pelo Estado brasileiro no sentido da desinstitucionalização psiquiátrica proposta pelo Movimento, é importante observar que o Estado tende a apropriar-se das mesmas, o que produz efeitos de banalização, burocratização e desqualificação do processo que, por definição, deve estar em permanente desequilíbrio, em permanente desconstrução/invenção.

Em outras palavras, o Movimento que conseguiu reunir milhares de pessoas em várias ocasiões pode tornar-se um aparelho acessório das políticas do Estado; os interesses que hoje o Estado defende e impõe, não são necessariamente os interesses da desinstitucionalização tal como a entendemos.

As portarias do Ministério da Saúde que introduzem e normalizam as novas modalidades e procedimentos na assistência em saúde mental representam um avanço significativo, na medida em que viabilizam o financiamento dos mesmos, sem o qual não há serviços ou ações. As propostas antes "alternativas" ao modelo tradicional não saíram efetivamente do papel ou das idéias, pois não eram destinados recursos financeiros para tanto. Um aspecto, contudo, é preocupante: trata-se da equiparação teórica e metodológica entre CAPS e NAPS. Como vimos, são duas propostas política e conceitualmente distintas em que a segunda foi reduzida à primeira. O CAPS é um serviço intermediário e "alternativo" (na medida em que assume o paralelismo com o sistema manicomial, embora seja estratégico em determinadas situações); já o NAPS, um serviço substitutivo, que tem fundamento na desconstrução do sistema anterior. Esta redução é, sem dúvida, um aspecto que deve ser enfrentado no sentido de que sejam diferenciados os dois sistemas e que o primeiro caminhe na direção do segundo. Um outro aspecto importante a ser enfrentado diz respeito à possibilidade, oferecida pelo Ministério da Saúde, de credenciamento de serviços territoriais (CAPS e NAPS) privados. Ao funcionarem sob a égide do lucro, os serviços privados colocam seriamente em risco um dos mais caros princípios da noção de territorialidade, que é o princípio da "tomada de responsabilidade". Este refere-se ao compromisso de dispor, integral e continuamente, de uma gama pluriforme de ações sanitárias, sociais e culturais: as ações privadas, no entanto, como têm demonstrado suas práticas, terminam quando o lucro se torna ameaçado. Mais que isso, os serviços territoriais não podem ser entendidos como fornecedores de ações meramente sanitárias, mas como espaços concretos e simbólicos de ações complexas, múltiplas e intermitentes, em todo o campo do território. Em resumo, o credenciamento de serviços privados desta natureza indicam uma forte contradição no âmbito da RP.

A questão da denominação do Movimento, também não é uma questão menor. A cada vez que se discute a denominação, está-se discutindo os projetos, os rumos, as estratégias. "De perto ninguém é normal", uma importante estratégia no sentido da construção de um imaginário social voltado para o questionamento dos conceitos de

normalidade/anormalidade, e que se tornou emblemática da ação cultural do Movimento, por exemplo, deve ser redefinido nas atuais circunstâncias. A indústria farmacêutica, por exemplo, pode se valer desta insígnia para viabilizar um amplo processo de medicalização da normalidade: se de perto ninguém é normal, então todos podem, ou devem, receber uma prescrição medicamentosa. As pesquisas epidemiológicas, cujos métodos são pouco claros ou divulgados, transbordam pela mídia tentando convencer à sociedade de que somos todos fóbicos ou deprimidos ou ansiosos. Venturini, como exemplo, sugere-nos que se de perto ninguém é normal, pode-se afirmar também que "de perto ninguém é anormal", no sentido "de poder superar o conceito de cura com aquele de experiência complexa, de entrelaçamento de "sistemas de sistema".<sup>14</sup> Por outro lado, na crise dos princípios e parâmetros da modernidade, é oportuno ter em mente que novos lugares sociais serão construídos a partir dos novos paradigmas sociais, culturais e científicos. Assim, um novo lugar para a loucura, para a anormalidade, para a diversidade deve estar também em construção. O que faria Simão Bacamarte com a loucura no século XXI?

Um outro aspecto diz respeito à noção de desinstitucionalização. Esta não é um método ou dogma, mas uma estratégia. Não se alcança a completa e perfeita desinstitucionalização pois trata-se de um processo permanente que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades. Adotar a desinstitucionalização significa também superar a burocratização ou banalização dos novos projetos, das relações estabelecidas entre as pessoas envolvidas numa instituição.

A desinstitucionalização não é sinônimo de desativação de leitos ou de hospitais psiquiátricos (e ainda restam 67.462 leitos por fechar. E quanto à efetiva superação deste modelo é necessária uma definição mais precisa do Ministério da Saúde, somada à uma pressão mais decisiva do Movimento). É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

Permitam-me finalizar parafraseando Basaglia: espero que, num tempo não muito distante, a história deste processo seja escrita com as histórias de vida de muitas pessoas que já não estão tendo o manicômio, a institucionalização, o estigma e a discriminação como destino irrefutável. Que seja escrita com muitas histórias de muitas novas histórias para suas vidas.

## Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo, org, 1995. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.
- BARROS, Denise Dias, 1994. Os jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp/Lemos.
- BASAGLIA, Franca Ongaro, 1981. Basaglia scritti. Torino: Einaudi.
- BASAGLIA, Franco e BASAGLIA, Franca Ongaro, 1981. Un problema di psichiatria istituzionale (dalla vita istituzionale alla vita di comunità). In: Basaglia scritti (F.O Basaglia, org.), Torino: Einaudi, pp. 309-328.
- BASAGLIA, Franco, 1985. A instituição negada - Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal.
- CASTEL, Robert, 1978. A ordem psiquiátrica - A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal.
- CEBES, 1980. A psiquiatria no âmbito da Previdência Social. In: Revista Saúde em

<sup>14</sup> Venturini, Ernesto, 1995. Prefácio. In: *Loucos pela vida - A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, op. cit., pp. 15-19.

- Debate, 10, abr/mal/jun., pp. 45-55.
- CERQUEIRA, Luís, 1984. *Psiquiatria social - Problemas brasileiros de Saúde mental*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu.
- DELGADO, Paulo, 1989. Projeto de Lei no 3.657/89. Brasília: Câmara dos Deputados.
- DELL'ACQUA, Giuseppe et alii, 1988. *Risposta alla crisi. Strategie ed intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale*. Per la Salute Mentale, Trieste: Edizione "e".
- FOUCAULT, Michel, 1978. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- GOFFMAN, Erwin, 1974. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- GOLDBERG, Jalro, 1992. *A doença mental e as instituições - A perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/CONASP, 1982. Portaria 3.108. Brasília.
- MINISTÉRIO da SAÚDE, 1988. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação.
- NICÁCIO, Fernanda, 1994. *O processo de transformações em Saúde mental em Santos - Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Estudos de Pós-graduação/ Mestrado em Ciências Sociais/PUC-SP.
- NICÁCIO, Fernanda, org. 1990. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- OLIVEIRA, Jaime Araújo e TEIXEIRA, Sônia Fleury, 1986. *(Im)Previdência social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.
- ROTELLI, Franco, 1994. *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizione "e".
- TEIXEIRA, Sônia Fleury, org, 1989. *Reforma sanitária - Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco.
- VENTURINI, Ernesto, 1995. Prefácio. In: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (P. Amarante, org), Rio de Janeiro: PANORAMA ENSP, pp. 15-19.

**Paulo Delgado<sup>1</sup>**

*Debatedor*  
Deputado Federal, PT/MG.

Bom dia a todos. Bom dia aos meus colegas da Mesa, e muito obrigado à FHEMIG, à Miriam e sua equipe, aos diretores, técnicos, pacientes e seus familiares, pelo convite para participar e comentar as exposições.

Elas, por si só, já vêm comentadas. Aproveito para contar um pouco a minha impressão da história da nossa lei. Eu tive a felicidade de entrar na Luta Antimanicomial pelas mãos de amigos dos doentes mentais, aqui de Minas e do Brasil, muito mais do que pela antipsiquiatria, que tanto marcou minha juventude. A primeira reunião que deu origem a este projeto, que acabou se tornando lei neste abril de 2001, ocorreu num hotel, em Juiz de Fora, em 1987. Fui procurado, tinha acabado de me eleger deputado constituinte, e conversamos sobre a necessidade de atualizar a legislação de direitos civis, de direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

O argumento era irrecusável. A lei em vigor sobre a questão, um decreto de 1934, era uma ofensa ao avanço da Medicina, aos profissionais da área e, principalmente, ao padrão de humanidade que se exige de uma lei. A partir daí, pude conhecer melhor os doentes mentais, seus familiares, o seu mundo de penosa rotina de discriminação e sofrimento. Em todo lugar que vou, digo sempre que não sou psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem. Sou candidato a paciente. Enlouquecido, quero ser tratado em serviço aberto. Ou seja, temos que olhar a dor dos outros como se fosse a própria dor. A possibilidade de qualquer pessoa romper o equilíbrio psicológico e, num determinado momento, ser considerado louco é uma coisa concreta para todas as pessoas. O Brasil tem 13 milhões de usuários de remédios da área da psiquiatria, segundo dados da OMS. Há potencial risco de psiquiatrização dos problemas da vida cotidiana. Qualquer debate, qualquer discussão sobre saúde mental, nesse contexto ou numa situação dessa, só vale a pena se servir para melhorar o padrão de vida. Se não servir para isso, continuará a servir para o que sempre serviu: oprimir, segregar, maltratar, discriminar.

O centro da Reforma Psiquiátrica é a escuta do sofrimento. Quem tem tempo de escutar a dor do outro? Que tempo o tempo atual nos dá para ouvir a razão ou a "irrazão" dos outros? E ouvir, tecnicamente, é mais do que compaixão. Compaixão, você tem com animal de estimação, domesticado ou não. Para tratar com as pessoas é preciso mais do que compaixão e caridade. É preciso técnica, política de saúde, estrutura institucional, que permitam que as pessoas dediquem o seu tempo à elaboração e reelaboração dos tratamentos e cuidados, na maioria das vezes, não hospitalares.

---

<sup>1</sup> Este texto foi revisado pelo próprio autor e pela organizadora. Optamos por manter a linguagem coloquial do mesmo.

A exposição inicial da Tereza mostra isso. O hospital psiquiátrico nasceu como lugar de acolhimento. Nasceu entre os séculos XVIII e XIX para proteger pessoas da eliminação física pura e simples, nas ruas das cidades da Europa, nos resquícios do feudalismo, Início da sociedade industrial. Na Era Vitoriana, o doente mental era internado porque, muitas vezes, estabelecia com seu corpo uma relação pública e sem pudor. A lei dos pobres na França enchia a nau dos insensatos e os jogava em alto-mar - verdadeiros genocídios legais - acalmava a culpa e a ignorância da época. Assim, quando nasce o hospital, este nasce como uma instituição positiva, para libertar os loucos da opressão da vida real, dentro dos muros da nascente opressão clínica dos hospitais.

Quando me tornei um dos membros desta luta luminosa, cuja energia vem de vocês do Movimento da Luta Antimanicomial, descobri lobotomias sendo feitas perto de Brasília, a 60 km do Congresso Nacional. Foi o Secretário de Saúde do Distrito Federal naquela época, Jofran Frejat, que proibiu a lobotomia na sua jurisdição. Ali perto, em Goiás, ainda se fazia lobotomia há, pelo menos, 8, 10 anos atrás. Hoje fazem a psicocirurgia, feita a laser, negócio sofisticadíssimo. Durante a Caravana dos Direitos Humanos, nós fomos aos manicômios e vimos um rapaz sendo preparado para intervenção. Eu perguntei ao médico: O senhor sabe o estado civil desta pessoa, a idade, de onde veio, o nome? Ele respondeu: "Não! Ele chegou na ambulância, mandado pelo serviço de saúde de uma prefeitura aí do interior". Isto aconteceu há um ano.

A convivência entre os recursos que o avanço das técnicas e do saber permitem, o avanço da política de direitos civis, do contrato social humanitário e a degradação da vida social, ainda existe em todas as sociedades humanas, inclusive nas mais sofisticadas. Portanto, eu não amaldiçoou o Brasil por encontrar este tipo de coisas, pois rodei o mundo todo com esta lei e vi coisa muito pior: manicômio familiar no Japão, o segundo PIB do mundo; no Estados Unidos, nem se fala, não é modelo para ninguém, assustador individualismo de Estado. Se fôssemos manicomialistas, internávamos seu presidente, mas nós o queremos em tratamento aberto, para tentar deter seu arbítrio.

Sei que há pessoas cujo centro de gravidade é maior que o de outras, e, mesmo em silêncio, chamam mais atenção do que aquelas mais exibidas, que não atraem atenção nenhuma. Pode uma pessoa sã, considerada sã, gritar de um lado da sala, e o olhar pode se dirigir mais para o silêncio daquela considerada insana, do outro lado. O centro de gravidade que os cristãos chamam de alma, o equilíbrio que atrai o olhar das pessoas sobre as outras, em algumas é exageradamente grande, e vão como imã atraindo o olhar dos outros. Um grupo destas pessoas foi enlouquecido pelo olhar dos outros, porque o que enlouquece, muitas vezes, é "o seu olhar sobre as minhas características". Você olha para as pessoas e só vê nelas problemas, características que em outras épocas eram até destacadas, como na pintura renascentista, que detestava a visão anoréxica do corpo. Foram 400 anos de regime para produzir a solidão do gordo.

Os remédios vão introduzir um limite na escuta do sofrimento. Vamos recalcar, pelo remédio, aquilo que os costumes recalavam, impedindo que as pessoas possam viver integralmente a sua personalidade. Tudo é considerado sintoma de loucura. Os traços de personalidade são sintomas de loucura. O que é a depressão? Não entendo muito, mas vejo no jornal todo dia: 'Fulano está deprimido'. Pobre, rico, negro, branco, homem, mulher, todo mundo está deprimido. Até crianças estão ficando deprimidas. E em que a depressão está se transformando na sociedade atual, senão numa forma mercantil de impedir a manifestação da personalidade das pessoas? Imponha-lhe remédios, deprimida, impeça a pessoa de ter sua própria personalidade. Um deprimido é igual a todos os deprimidos - não estou falando do conceito clínico de depressão, estou falando do conceito sociológico de depressão. Nada melhor que uma pessoa deprimida, forçada a não ter opinião.

Este debate, este Seminário, é para mim um motivo de muita emoção, por ocorrer em Minas, com o apoio da Secretaria de Saúde, da Fundação Hospitalar do Estado, e também porque é um exemplo nacional. Este grupo que está aqui - são os melhores do nosso campo nessa reflexão - tem circulado o Brasil inteiro. Esta maneira de ver a dor dos outros, intervir, ajudar, cuidar, acolher, produz hoje o movimento social mais forte do Brasil.

Este que quer desmanicomializar o conflito brasileiro, dando-lhe a dimensão real, nua e crua, e deixar que as pessoas possam ter à sua disposição serviços, como os chamados Caps, Naps, Cersam's. É isto é o novo. O primeiro sinal, em todas as decadências é a perda do sentimento de amizade, de solidariedade, a falta de paciência para ouvir o outro, a falta de paciência diante das dificuldades dos outros.

Essa possibilidade de ampliar a escuta só é concreta se o Ministério da Saúde deslocar os R\$ 450 milhões por ano que ele coloca em serviço fechado para o serviço aberto, inclusive para a atenção domiciliar, para aqueles que podem ser tratados em casa. Mas não reprivatizando a loucura na família. Não é este o objetivo. Pelo contrário, se você deslocar os recursos para o tratamento domiciliar e remunerar, através de AID (Autorização de Internação Domiciliar), a família ao invés do hospital, você desconstrói o sistema manicomial também, porque o conceito de internação não pode ser exclusivamente hospitalar. Quem no fim de semana desliga o telefone em casa para não atender, para não se chatear, está internado em casa; quem vai à praia no verão e fica andando na praia, sem hora para nada, está internado na praia. O conceito de internação se tornou um conceito hospitalar porque a indústria da doença quis dar a idéia de um espaço especializado para acolher pessoas em dificuldades, traduzindo monetariamente o tempo da "interdição" (conceito mais clínico que judicial). Este espaço pôde ser construído por causa dos preconceitos contra o doente e a doença mental. Ele tem que ser reconstruído sem desterritorializar o paciente. Desterritorialização expressa no "trem de doido" que vinha de Montes Claros, no vagão que levava a mãe e a filha de Sôroco, para a sacrossanta Barbacena, no conto de Guimarães Rosa.

O tratamento em asilo, a internação teve um objetivo, também, muito parecido com a lei dos pobres na Europa. Era um direito de pensão, onde a pessoa ia para lá comer; jogavam, abandonavam o paciente para que ele fosse lá comer e a família se tranquilizava com aquilo. O que fazer com os abandonados, com os 60 mil abandonados nos manicômios brasileiros? Na Reforma Psiquiátrica, é preciso usar as leis compensatórias dos direitos civis: você tem que aumentar a vantagem dos que estão em desvantagem; os prefeitos, por sugestão dos serviços de saúde mental, devem colocar nos planos de habitação popular, pelo menos, uma casa para um doente mental abandonado. Certamente a família vai aparecer. Em Angra dos Reis isto foi feito, e um paciente passou a ter, de uma hora para outra, três famílias. Não tinha nenhuma, mas com o título de propriedade passou a ter. É assim, porque se você aumenta a vantagem de uma pessoa que está desprotegida, você dá a ela condições de se vincular como cidadão, numa sociedade de direitos. É uma forma também de tratar, aumentar a auto-estima, a vinculação social do paciente.

Pois bem, para encerrar, quero dizer a vocês uma coisa que aprendi nesta lei, de tão longa tramitação. É algo que ouvi na Itália, em Trieste, da Senadora Franca Basaglia. Uma frase que ela gostava muito, dita por Basaglia, que gosto muito e que muitos psiquiatras não gostam. Tem uns que não gostam, que acham que divulguei a lei como se fosse contra uma especialidade médica. Todas as pessoas do movimento da luta antimanicomial sabem disto: sempre tive um cuidado enorme no Congresso de fazer a lei ser compreendida, e tivemos debates calorosos e duros com o pessoal do Sul, aqui de Minas, Rio, São Paulo, Bahia. Esta lei nunca foi da antipsiquiatria. Ela reconhece o sofrimento, a especialidade médica, o avanço da Medicina, e por isso ela é possível, porque a Medicina evoluiu. Mas o que ouvi em Trieste e quero repetir aqui, para encerrar, é o seguinte: O problema da Reforma Psiquiátrica, da desmanicomialização na Itália e em qualquer país do mundo, é que se houver a desmanicomialização, o paciente fica solto, e se o paciente fica solto, o psiquiatra é quem fica preso. Se você prende o paciente é você quem fica solto. O técnico sabe disso, não é fácil cuidar dos outros, dá trabalho. Todos sabem do alto custo da dedicação dos outros. Ninguém agüenta sozinho. Por isso o Estado tem que ajudar a cuidar.

Muito obrigado.

**Debate\***

THERESA CALVET: Não sabia que não haveria debate, mas mesmo assim quero fazer só um reparo ao deputado. É uma coisa rápida. Eu acho que houve um mau entendimento do que eu disse do Foucault. Foucault não disse que o nascimento do hospital tem uma origem nobre. Não foi para defender os pobres que o hospital foi criado. Foi para proteger a sociedade de indivíduos considerados perigosos. Só este pequeno reparo.

---

\* Infelizmente, devido ao avançado da hora, o debate não foi realizado nesta Mesa Redonda.

Hospital Psiquiátrico e Serviços Substitutivos:  
Coexistência Provisória

---



## **Ementa**

Tal como os entendemos, não há articulação possível entre o hospital psiquiátrico e os serviços já definidos em seu próprio nome como substitutivos a ele. Esta posição, naturalmente, não deve impedir-nos de perceber que, enquanto a substituição se processa, uma coexistência provisória se impõe: trata-se de pensarmos em seus termos e formas, da forma mais favorável para garantir as saídas para o seu fim.

São hoje raros, senão inexistentes, aqueles municípios cuja rede assistencial é construída de forma tal a prescindir de fato do recurso ao hospital. Pelo contrário, são extremamente numerosos aqueles outros onde a internação hospitalar é a única oferta. O que fazer dos hospitais, enquanto construímos, de forma necessariamente gradativa, por decidida que seja, os equipamentos e dispositivos que hão de permitir sua abolição?

Inicialmente, cabe observar: por mais que nos pareçam estreitos os limites da reforma que se pode realizar num hospital, cabe perseguí-los e realizá-los até onde for possível, enquanto as pessoas que aí estão não encontram um outro lugar. A limpeza, a alimentação, os cuidados básicos, a qualidade técnica da equipe, a cortesia no trato com os usuários, o trabalho na direção constante da alta, se são medidas insuficientes para a abordagem que lhes devemos, são condições mínimas necessárias, por cuja implantação e zelo o poder público deve responder. O exercício constante da fiscalização e da supervisão hospitalar é medida indispensável, que já demonstrou sua eficácia no sentido de coibir abusos e desmandos, assim como os sérios casos de desvio do dinheiro público.

As redes dos serviços substitutivos, ainda incompleta para evitar o recurso aos hospitais, acabam por encaminhar-lhe pacientes: contudo, este encaminhamento só adquire sentido quando entendido como medida pontual e provisória. Compete às redes planejar seu futuro sem o hospital, ainda que no presente recorram a ele. Ora, esta operação, como sabemos, não é fácil, posto que facilmente se invertem os termos do raciocínio: por precisarmos do hospital na ausência de alternativas, às vezes ou ainda, tendemos a fazer de uma necessidade conjuntural um manejo destinado a perpetuar-se. Não vemos saída possível para o fim, se as administrações não se empenham com seriedade na efetivação da autonomia dos serviços substitutivos.

Como último comentário, cabe impedir de todas as formas a criação de novos leitos hospitalares: seria desastroso o reforço de uma oferta tradicionalmente geradora de demanda, quando a autonomia das redes substitutivas exige recursos financeiros cuja destinação a outras finalidades não se pode admitir.

Dentre vários outros possíveis, eis alguns dos pontos de discussão para a coexistência admissível, desde que provisória, entre hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos.

## **Fernanda Nicácio**

Professora Assistente do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia,  
Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de  
São Paulo

Gostaríamos de agradecer o convite para participar desta mesa redonda, cumprimentar a comissão organizadora e todas as pessoas responsáveis por este Seminário e felicitá-las pela excelente programação que os companheiros mineiros elaboraram e, sobretudo, a oportunidade de estar juntos.

Para iniciar a reflexão sobre a temática de hoje, é fundamental assinalar a relevância da discussão proposta: a coexistência provisória entre hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos. Dentre as diversas reflexões que poderíamos desenvolver, consideramos que o significado que atribuímos à coexistência está articulado aos significados de reforma psiquiátrica e de modelo de atenção.

As diversas denominações de reforma, reestruturação, reorientação da atenção psiquiátrica presentes, inclusive no cenário internacional, podem revelar que a compreensão do próprio significado de reforma não é unívoca e, certamente, remete às possibilidades históricas e culturais nas quais se forjam os diferentes projetos institucionais, aos valores e às finalidades éticas, à relação Estado-cidadãos na qual se inscrevem as políticas públicas, e às diversas formas de compreensão e interpretação do significado dos saberes psiquiátricos e psicológicos e das práticas correspondentes no tecido social.

No Brasil, o percurso de reforma psiquiátrica não tem percorrido um itinerário linear e o estudo coordenado por Amarante (1998) identificou diferentes marcos conceituais, atores, e a presença de políticas e práticas distintas ao longo das duas últimas décadas. Compartilhando desta visão, duas questões são fundamentais merecem destaque para a reflexão sobre o processo de reforma psiquiátrica em curso.

Em primeiro lugar, compreendemos a reforma como um "processo social complexo", no qual interagem diversos atores sociais e como uma produção inscrita nas relações sociais.

Em segundo lugar, o entendimento deste processo requer apreender a sua multidimensionalidade. Em outras palavras, a crítica ao modelo asilar não se circunscreve à assistência e atravessa diferentes campos, nos quais interagem os saberes, as instituições, as leis, as relações sociais, o sanitário, os direitos, as teias de significação da loucura, as políticas públicas.

Como assinalamos anteriormente, problematizar a temática da coexistência remete também à reflexão sobre a conceitualização de modelos de atenção. Temos trabalhado com a formulação de Campos que discute modelo de atenção como "um conceito

que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações sobre o viver saudável" (Campos in: Cecílio, 1994, p. 58).

Esta proposição é especialmente fértil por considerar as múltiplas dimensões que compõem o projeto de atenção à saúde e a sua produção como um processo histórico e social. Conforme assinala Campos, um modelo de atenção não é estático, fixo e se realiza em movimento, "uma síntese cambiante" (Campos in Cecílio, 1994, p.58).

Pautado nestas duas proposições - sobre a reforma e sobre os modelos de atenção, a tarefa de discussão sobre o significado da coexistência provisória, requer a explicitação do sentido do projeto de reforma e de produção dos modelos de atenção em saúde mental. Em nossos caminhos de reflexão, consideramos que a utopia do projeto da reforma psiquiátrica e da produção dos novos modelos de atenção em saúde mental é a transformação da forma de lidar com a experiência da loucura.

Tomando como referência estas reflexões, buscamos construir a discussão sobre a temática da coexistência a partir de quatro considerações que se entrelaçam.

Primeira consideração:

A relação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços substitutivos. Diferente de um modo de pensar que apreende o trabalho nestas instituições de forma isolada, na perspectiva que delineamos, o processo de reforma e de produção de novos modelos de atenção implica, contemporânea e articuladamente, a transformação do hospital e a construção dos serviços como duas dimensões que compõem o percurso, dimensões interligadas.

O projeto de Reforma Psiquiátrica, compreendido como a transformação da forma de lidar com a experiência da loucura não se identifica com as propostas de desospitalização ou as proposições que objetivam a simples reorganização dos serviços extra-hospitalares. Em outras palavras, diferente de uma visão de reforma e dos modelos de atenção correspondentes que visam a modernização do hospital ou apenas o deslocamento do locus de intervenção, esta perspectiva requer a produção de novas formas de pensar, perceber e interagir com a complexidade de vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. Dessa forma, implica, também, a superação da cultura de invalidação das pessoas e das correspondentes relações de tutela, a invenção de saberes, práticas, políticas e culturas que se inscrevam nos processos de construção de direitos e de produção de autonomia das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

Desconstruir o paradigma asilar significa estender este processo às instituições, aos saberes e à cultura que o sustentam e legitimam, transformando os conhecimentos, os valores e as telas de significação em relação à loucura (Núncio, 1994). Trata-se de "invenção de uma nova realidade", "produção de uma nova realidade, ou melhor, aquelas novas concepções e práticas sobre a doença e a saúde e o terapêutico, as diversas formas de sociabilidade e de cultura que, produzidas por estes serviços os tornam completamente substitutivos do manicômio. É esta presença, construída através da negação ativa (a desconstrução a partir do interior da instituição) que produz a ausência do manicômio, porque libera os pacientes, a instituição (e em definitivo e sociedade) da necessidade do próprio manicômio" (De Leonardi, 1986, p.256).

Certamente, quando nos referimos à "invenção de uma nova realidade", nos referimos a uma profunda transformação técnica, institucional, cultural e política. É fundamental reafirmar que a perspectiva de De Leonardi enfatiza que é a produção de uma nova realidade que possibilita a ausência do manicômio.

Segunda consideração:

Compreendemos a produção dos projetos de atenção em saúde mental orientados pelas diretrizes de superação do modelo asilar e de assunção dos direitos de cidadania a partir do referencial da desinstitucionalização. Este referencial convida à constante

reflexão sobre os saberes e as práticas psiquiátricas, colocando em cena diversas questões.

No que diz respeito aos processos de superação do hospital psiquiátrico e de construção de serviços substitutivos, cabe uma indagação: o que significa substitutivo? Pautado neste referencial, podemos dizer que substitutivo refere-se à produção de projetos, redes e serviços totalmente substitutivos ao hospital psiquiátrico na dimensão material e, ao mesmo tempo, como transformação de uma determinada forma de pensar e interagir com a experiência da loucura.

O que se quer enfatizar neste momento é que a simples criação dos novos serviços não significa, necessariamente, a transformação da forma de pensar, da lógica, da racionalidade que se expressa no manicômio.

Nesta visada, no processo de reforma psiquiátrica, é fundamental não reproduzir a dicotomia entre a criação de estruturas institucionais e a transformação das relações com a experiência da loucura, dos modos de cuidado, das formas de tutela, das modalidades de atenção, do processo de trabalho, do cotidiano das instituições, dos contextos, do imaginário social, das formas de invalidação e exclusão, das relações nos territórios e nas cidades.

Esta perspectiva encontra consonância com alguns autores no campo da saúde, em particular com as reflexões de Campos que, analisando a reforma sanitária, assinala que: "a separação, artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional de um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitário por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços" (Campos, 1992, p. 145).

Desta forma, produzir novos projetos e instituições significa, necessariamente, a superação do hospital psiquiátrico e a transformação de saberes, práticas e cultura que se concretizam no manicômio.

Terceira consideração:

Tomando como referência as reflexões de De Leonardis (1990), é fundamental assinalar que a transformação das estruturas e da cultura de todos os atores envolvidos se realizam contemporaneamente.

Em diversas ocasiões, Basaglia discutia que abrir o manicômio significava abrir as nossas cabeças para a realidade e complexidade de vida das pessoas.

A trajetória da transformação do manicômio, assinalava Basaglia, coloca em cena diversas questões, algumas consideradas óbvias. Em seu primeiro artigo de reflexão sobre o processo de transformação de Gorizia, Basaglia afirmava que a descoberta da liberdade é "a mais óbvia com a qual a psiquiatria deve se confrontar, tão óbvia que não deveria suscitar nenhuma discussão: mas, o óbvio é, evidentemente, a matéria mais difícil de enfrentar quando coloca o homem face a face consigo mesmo, sem proteção nem refração" (Basaglia in: Basaglia, F.O., 1981, p. 251).

A "óbvia" descoberta da liberdade engendra um conjunto de problematizações: evidentemente, a afirmação e a produção de liberdade não diz respeito apenas às pessoas internadas e sim ao conjunto das pessoas e relações presentes no processo. Por exemplo, a afirmação da liberdade diz respeito aos próprios profissionais e, ao mesmo tempo, implica, necessariamente, uma profunda transformação de sua forma de pensar e interagir com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

Em síntese, a desinstitucionalização implica desinstitucionalizar a nós mesmos, ou, ainda, a desinstitucionalização diz respeito a todos.

Consideramos que a reflexão sobre a indissociabilidade entre a transformação das estruturas e da cultura dos atores é central no processo de reforma e, muitas vezes, o discurso corrente tem se dirigido mais à criação das estruturas que aos processos de transformação da forma de pensar e interagir.

Quarta consideração:

Na perspectiva da desinstitucionalização, a questão da liberdade é central no processo de transformação, tanto no interior do hospital psiquiátrico como na criação das novas redes e serviços.

Rotelli discute a desinstitucionalização e os conteúdos e processos que emergem nesta trajetória com a significativa expressão da passagem e do movimento entre "libertar-se de" e "liberdade para" (Rotelli in: Gallo, 1991), compreendido como a crítica e a ruptura com as formas de pensar, as instituições e os processos sócio-culturais que produziram a necessidade do manicômio e a liberdade para inventar as vias de produção das possibilidades dos "novos sujeitos de direito".

Neste caminho de reflexão, poderíamos indagar: - no nosso dia-a-dia como estamos realizando este movimento? - como temos produzido este movimento de "libertar-se de e liberdade para?". É importante assinalar que o movimento deste processo produz, continuamente, novas instituições. Os autores da desinstitucionalização não operam com uma visão abolicionista de todas as instituições. Afirma-se, intransigentemente, a necessidade de superação das instituições de reclusão, de uma permanente transformação das instituições e de inventar novas instituições.

No processo de superação do manicômio considera-se fundamental dialetizar o poder e o mandato social dos profissionais para transformar as relações, as instituições e os contextos, produzindo as possibilidades subjetivas, materiais, sociais e culturais que tornem possível, às pessoas, trilhar os diversos itinerários de andar a vida, produzir os inúmeros projetos de vida nas cidades.

A produção das "instituições inventadas (e nunca dadas)" (Rotelli in Nicácio, 1990) compõe este desafio e reenvia ao horizonte de construir formas de conhecer e interagir com as pessoas em seu contexto, interagir com a complexidade da experiência da loucura, agenciando e potencializando tecidos sociais solidários capazes de não transformar a diversidade em desigualdade social.

As quatro considerações que apresentamos certamente não esgotam os caminhos e possibilidades de reflexão sobre a temática proposta e, antes, abrindo novas indagações teóricas e práticas, convidam para novos vôos de pensamento que ousem transformar a realidade.

Para finalizar gostaríamos de apresentar a reflexão de Almeida:

"É preciso repetir e trazer de volta a expressão 'a arte de pensar' e dizer, como Deleuze, que o conceito de pássaro deve contemplar a beleza da plumagem para além da classificação da espécie. O pensamento é uma arte; o conhecimento que produzimos é uma tela que expressa nossas idéias; o ser do conhecimento, o cidadão do planeta Terra é um artesão que bricola, de forma singularizante os saberes à sua volta. Em outras palavras, trata-se de 'pôr a vida nas idéias e as idéias na vida', como quer Edgar Morin" (Almeida in: Carvalho, 1998, p.22).

"Trata-se de 'pôr a vida nas idéias e as idéias na vida', como quer Edgar Morin" e, também, como queremos.

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. C. Cumplicidade, complexidade, (com)paixão. In: CARVALHO, E.A. et al. Ética, solidariedade e complexidade. São Paulo, Palas Athena, 1998. p. 17-27.
- AMARANTE, P. (org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998. 2a edição revista e ampliada. 132p.
- BASAGLIA, F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door". In: BASAGLIA, F.O (org.) Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968). Dalla psichiatria

- fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino, Einaudi, 1981. p. 249-258.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 29-87.
- CAMPOS, G.W.S. Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992. 219 p.
- DE LEONARDIS, O. Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione. In: AAVV. La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale. Pistoia, Cooperativa Centro Documentazione. 1986. p. 248-58.
- DE LEONARDIS, O. Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse. Milano, Feltrinelli, 1990. 229 p.
- NICÁCIO, F. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (mestrado) - Programa de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 89-99.
- ROTELLI, F. Lo scambio sociale. In: GALLIO, G. (org.) Nell'impresa sociale. Trieste, Edizione E, 1991. p.19-39.

## Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>1</sup>

*Debatedor*

Secretário Municipal de Saúde de Campinas, SP.

Bom dia ao povo de Minas Gerais. Fico muito honrado de estar participando deste debate, deste Seminário. Eu gostaria de agradecer à Miriam, ao pessoal da FHEMIG, por duas razões. Uma razão de ordem militante, porque quando a gente vem a estes lugares, sente que é possível mudar o mundo e que estamos fazendo parte disso, e é uma grande satisfação. E tem uma segunda razão, que está ligada às "madeleines" do Proust, que é o seguinte: vocês se lembram daquela história do cara que botou a bolachinha na boca e voltou para uma época muito agradável da vida? Eu nasci na divisa do Paranabalba, do lado de Goiás, mas toda a minha influência foi mineira e eu cresci ouvindo o povo falar desse jeito. Faz 25 anos que eu moro em São Paulo e o povo fala de outro jeito. Toda vez que eu chego aqui e escuto o sotaque de vocês, eu sinto que a vida é boa, que vocês vão me tratar bem. Então é uma dupla satisfação estar aqui fazendo este debate.

Como é que fica a coexistência do hospital psiquiátrico e da construção de uma rede de serviços, de ações, de procedimentos, de postura, que invistam na reabilitação psicossocial? Não há articulação possível? Eu queria dizer o seguinte: é impossível não haver articulação; ela já está dada. Está na moda agora, do neopragmatismo, redução do nietzschianismo, de tomar o hoje e esquecer que existe uma tradição que pesa nas nossas costas como uma canga. A gente lida com ela. Então o hoje é uma modificação do passado. É impossível não pensar no hospital psiquiátrico, é impossível não lidar com a doença mental, é impossível não lidar com as psiquiatrias, é impossível não lidar com o passado que está estruturado hoje como instituição, como estrutura, e que influencia e está dentro da cabeça também de cada um de nós. Se a gente não lidar com isto nós vamos dançar. Nós vamos ser idealistas. Então nós vamos ter que lidar com isto. Mas, lidar para transformar, lidar para mudar.

Eu escrevi um romance que se chama "Tomar a terra de assalto", que tem uma brincadeira com a gente mesmo, nós militantes, críticos da vida. O livro fala de um grupo de personagens, psicanalistas, militantes de esquerda, da saúde, etc., que montaram um coletivo chamado "Coletivo desconstrução ou bárbarie", que é uma brincadeira com "socialismo ou bárbarie". E eles chegaram à seguinte conclusão: que toda palavra, todo conceito que nós fomos usar, essa palavra foi construída pela classe dominante e ela traz dentro uma idéia de controle social. É uma forma de dominação e, além disso, como todo conceito é relativo, é plástico, em função disso, eles adotaram como postura significativa o silêncio. Não falavam nada. Faziam protesto não falando nada, etc. É uma

<sup>1</sup> Este texto foi revisado pela organizadora a pedido do autor. Optamos por manter a linguagem coloquial do mesmo.

brincadeira que eu estou fazendo, é uma caricatura, com a dificuldade da gente ser, eu continuo tentando ser dialético. Eu acho que a vida é e não é. Ou seja, tudo uma confusão danada. Quando a gente diz que não é, é porque a gente está enrolando, está escondendo a metade da discussão. Então, quando a gente critica o positivismo, o empirismo, quando a gente afirma que a doença mental é uma construção do saber psiquiátrico, a gente tem que ver que é e não é. Que tem mais coisa aí. Tem coisa na vida também. Ou seja, a gente fica com a idéia de que se eu tirar o saber psiquiátrico resolvi o problema, não vai aparecer mais. Não é bem isso. Mas é óbvio que é isso também. Então é e não é. Por isso que as coisas são difíceis. Viver é muito perigoso, dizia o Guimarães Rosa.

Eu estou identificando no Brasil três grandes rumos possíveis da gente lidar com esta coexistência, com esta convivência do modelo, entre aspas, "modelo" hospital psiquiátrico, da lógica hospital psiquiátrico, manicomial, e da lógica que nós estamos querendo criar. Lógica alternativa não é mais um bom nome, porque eu espero que ela seja dominante logo, não é alternativa mais. Mas, enfim, essa outra lógica da reabilitação psicossocial, essa coisa toda que tem vários nomes. É difícil dar nomes para as coisas porque todo nome é criticado. Se eu falar reabilitação psicossocial, eu esqueço da clínica, se eu falo clínica eu volto para trás. Aí é difícil falar. Eu estou quase parecendo com os caras lá do livro. Eu vou ficar calado aqui e vocês vão entender tudo, está bom? É muito delicado falar numa platéia tão crítica assim; a gente tem que tomar muito cuidado.

Então, eu estava dizendo que existem três grandes linhas políticas, três grandes modos de ação, para lidar com esta polaridade, com este conflito entre hospital psiquiátrico e a rede.

Um, é estimulado pela postura neoliberal, que é o seguinte: vamos gastar menos com o social; a gente gasta muito com hospital psiquiátrico e você fecha o hospital psiquiátrico antes de montar o alternativo. Que é uma coisa que aconteceu nos Estados Unidos, mas que tem acontecido no Brasil. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo andou fechando alguns hospitais psiquiátricos regionais, sem articulação com os municípios para montar os serviços que vão receber os pacientes. Então, essa é uma linha que não é recomendada, porque cria desassistência. Em nome de ser politicamente correto, em nome de ir lá e arrebentar os grillhões modernos etc., etc., você joga um monte de gente na rua, sem uma alternativa de apoio, de projeto terapêutico, de reabilitação, enfim, de vida, que essas pessoas necessitam.

Tem uma outra linha, que está sendo a mais freqüente, que inclusive quando eu fui Secretário de Saúde há 10 anos atrás foi o que nós usamos, que é a coisa da convivência dos dois modelos. O falecido Davi Capistrano, grande figura, falava da guerra de cercar o castelo. A guerra feudal, que vinha o exército adversário – nós somos o exército adversário – vamos montando os nossos "capszinhos" em volta, as nossas equipes locais de saúde mental, as nossas oficinas, e nós vamos cercando o castelo, até ele se render. Vai levar 100, 150 anos. Esta estratégia de cercar é melhor do que nada, é melhor do que a outra, é melhor do que ficar parado só no hospital psiquiátrico. Mas ela tem limite. Porque? Primeiro, que este castelo, o hospital psiquiátrico, concentra 90% dos recursos financeiros do SUS. Segundo, continua produzindo cultura, subjetividade, tecnologia, formação, ou seja, continua uma disputa como forma de lidar com o sofrimento mental.

E tem uma terceira alternativa, o que estamos tentando fazer em Campinas agora, que é de intervir nos dois lugares. De ir criando a rede substitutiva, mas ao mesmo tempo ir desconstruindo, intervindo dentro do hospital psiquiátrico. Ou seja, de tentar que o desmonte de um, seja a construção do outro simultâneo. Não o cerco, mas o desmonte. Usando o poder público para isso; usando, no nosso caso lá, eu sou o Secretário de Saúde, a gestão plena, o SUS, a Secretaria de Saúde.

E aí, quando a gente começa a pensar nessa terceira alternativa, temos que nos perguntar se existem condições políticas, técnicas, culturais, para a gente fazer esse terceiro movimento. Que é um movimento que acelera o processo de reforma na saúde

mental. Essa terceira linha, com toda certeza, pode ser chamada de mais radical, porque acelera, e na minha opinião, cria mais viabilidade, cria mais legitimidade social e política junto à população. Mas a pergunta é: existiriam condições políticas? Com a aprovação da lei, no Brasil, as condições macro-estruturais, macro-políticas gerais estão favoráveis a esta terceira linha. Mas restam questões: e as condições locais e regionais? e, do ponto de vista dos saberes e das práticas? Nós temos equipes, temos pessoal, temos massa crítica, temos sujeitos, temos viabilidade cultural para fazer este movimento no Brasil concreto, em Minas Gerais, em Belo Horizonte, em Campinas, em Patos de Minas, em Araguari e sei lá aonde?

Apesar das condições macro-estruturais estarem favoráveis, as condições locais não vão ser favoráveis igualmente. Menos ainda os saberes e as práticas. Vem acontecendo uma medicalização, como já foi dito aqui, da depressão, da rebeldia, do uso de drogas, do delírio, de uma série de coisas. Há uma reapropriação biologicista, geneticista, medicamentosa disso tudo, e que está muito presente em boa parte dos psiquiatras que nós vamos trabalhar, da sociedade, das famílias, dos pacientes. Então quais são as condições? Eu acho que este é um exame que nós temos que fazer, para a gente avançar neste sentido.

Mas a proposta é o que nós estamos tentando fazer em Campinas agora, à partir de janeiro, é acelerar este processo, apostando nesta simultaneidade destes processos. O que aconteceu em Campinas quando usamos esta segunda estratégia, do cerco? Aconteceu o seguinte: o serviço público, inicialmente o SUS estadual, depois com a municipalização, o SUS municipal, foi criando os CAPS, foi criando as equipes locais de saúde mental. Dez anos depois, voltando para lá e olhando o que estava acontecendo, vimos que os problemas mais graves de saúde mental, eu acho que vocês sabem o que eu quero dizer, a psicose, esquizofrenia, dependência química, alcoolismo, ou seja, a nossa prioridade, não estava sendo atendida com o que havíamos construído. O sofrimento, a agonia, a crise destas pessoas, a gente quase nem lidava. Boa parte dos CAPS funcionava como ambulatório, com consulta, um pouco de psicanálise, um pouco de reabilitação, um pouco de grupo, um pouco de intervenção na comunidade, com a cobertura pequena, com acolhimento pequeno. Quando o negócio engrossava, engrossava para quem? Engrossava para o lado do paciente, da família, da sociedade. E recorriam a quem? Aos hospitais psiquiátricos, ao pronto socorro, ao mini manicômio, que são as enfermarias de psiquiatria no hospital geral. Precisamos desmistificar isto. São mini manicômios que nem pátio têm, é muito mais preso. Nós temos que desmistificar isto, eu fico horrorizado. Prefiro o manicômio antigo do que a maioria dos hospitais gerais que têm leitos psiquiátricos. É preciso ter muito cuidado e não endeusar as coisas que estamos criando.

Mas o que a gente observou? Apesar de estarmos criando coisas boas, estávamos também criando uma série de modelos com a capacidade, com a legitimidade social e técnica muito baixas. Não é que as pessoas fossem ruins. Era gente heróica, valente, militante, inventando coisa com muita dificuldade. E onde se acumulou mais experiência no sentido da mudança institucional, da desinstitucionalização? Foi num dos antigos hospitais psiquiátricos da cidade, no caso filantrópico, que estava em convênio com o SUS, que é o Cândido Ferreira. O superintendente, Willians Valentini, está aqui e vai falar mais especificamente desta experiência à tarde. Mas foi este hospital que começou a dar brotos pela cidade. Saiu de lá um CAPS, saiu de lá uma oficina terapêutica, começou a se desospitalizar, mas muito mais a partir de uma entidade filantrópica conveniada ao SUS, do que enquanto uma ação governamental. Foi onde se criou cultura de saber e prática alternativa. Foi neste espaço restrito, de um dos hospitais psiquiátricos, que começou a contaminar um pouco os outros hospitais. O outro hospital psiquiátrico, o Hospital Tibiricá, começou a ter que seguir o modelo do Cândido, ter que seguir atrás para poder manter o convênio no SUS e não ficar frito frente à opinião pública, à imprensa, etc.

Neste contexto, quando a gente entra, o que a gente encontra? Também no município, que tinha um discurso e que nos parecia ter um modelo alternativo, grande parte do recurso estava sendo usada em leitos de internação integral, para não dizer em leitos

manicomiais, nos hospitais universitários e também nestes hospitais psiquiátricos que estavam mudando, mas que tinham uma grande quantidade de leitos. E aí é importante dizer que ocorreu uma modificação: boa parte dos hospitais psiquiátricos, não trabalhavam só com aqueles antigos crônicos ou moradores. Passou a ser também, aquele negócio de entra e sai, de lidar com a chamada crise, mas é uma crise que dura 15 dias, 30 dias. Ou seja, o local principal de tratamento, pelo menos na nossa região, continuou sendo os hospitais psiquiátricos. Os pacientes, depois da internação, voltavam para os ambulatórios, para o CAPS, tomavam remédio, faziam psicanálise, faziam uma intervenção na luta antimanicomial e voltavam para o leito.

Apesar de tudo isso, no cerco, se criou também muita coisa interessante. Por exemplo, a equipe deste hospital psiquiátrico que mudou mais, ao fazer a desinternação, voltou com muita gente para a família; criou as repúblicas, as casas, são 23 casas; boa parte dos antigos internados, moradores, etc., saíram para fora; a gestão, a montagem destas casas foi feita articulada com pacientes, famílias e setores da sociedade civil. Tudo isto foi uma experiência muito mais desta ONG, desta entidade filantrópica, que do setor público. Por que o setor público não fez? As pessoas eram piores? Porque o setor público no Brasil é amarrado, burocratizado, pesado, e ainda veio o neoliberalismo, e o que não se privatizou, tornou-se mais pesado ainda; a lei da responsabilidade fiscal amarrou a gente, não podemos contratar pessoas, você arranja dinheiro do SUS e não pode fazer concurso; para licitar uma coisa você leva 5, 6 meses se for tudo ágil, se for todo mundo bem intencionado. Então, o setor público tem uma dificuldade de alugar uma casa, de ser plástico, de inventar um monte de coisa. Existe uma incompatibilidade radical entre a estrutura das prefeituras, das secretarias estaduais e o que nós queremos criar. Isto tem que ser considerado.

Em Campinas como no Brasil, boa parte do recurso financeiro, humano da saúde mental estava enfiado nestes leitos de internação Integral, nesta lógica. Então, mesmo nos serviços chamados alternativos, havia uma certa impotência assistencial, reabilitadora, acolhedora, o que justificava para a sociedade, para o governo e para as equipes, manter o tradicional "calma, vamos fazer isto bem devagar".

Aí, a gente entrou lá. A gestão participativa, a gestão democrática, na perspectiva que estamos trabalhando lá, não deixa de ter diretriz, não deixa de ter oferta. Só que a gente quer fazer a construção do projeto, fazer isto de forma construtiva, envolvendo os vários sujeitos sociais, e a gente entrou com uma diretriz que é a seguinte: vamos mudar neste ano de 2001 e extinguir os dois hospitais psiquiátricos e simultaneamente criar outros serviços. E criar outros serviços não é só pegar o recurso da AIH. Por isto que a gente tem relação, eu comecei a minha fala falando isto, tem alguma articulação possível com o hospital psiquiátrico, não tem jeito de não ter. A não ser que a gente seja burocrata, duro, frio como uma pedra de gelo. Quando a gente pensou isto, a primeira coisa que eu fiz como Secretário foi ir no hospital psiquiátrico. A gente pensou o seguinte: este hospital psiquiátrico, o Cândido Ferreira, a ONG que estava mudando, tem um sistema de co-gestão, que é uma super criação que a gente está fazendo em Campinas, que eu recomendo por aí afora. Ao invés de comprar serviço de ONG, de filantrópica, a gente propõe um sistema de co-gestão. O que é co-gestão? A gente não só compra e fiscaliza, a gente quer co-gestionar. A gente, quem? Governo, SUS, a entidade e usuários. Nós vamos ter comissões de co-gestão, e então, vamos discutir o superintendente, o modelo de atenção, misturar funcionários, de fato co-gestionar. E o Cândido Ferreira é uma instituição, uma ONG, uma entidade filantrópica, mas é pública. Tem concurso público, tem seleção pública, ou seja, ele é co-gestionado com o SUS desta forma. Então, esta co-gestão nós vamos manter, só que o Cândido vai se esparramar pela cidade junto com os serviços próprios da municipalidade. O outro hospital psiquiátrico nós vamos fechar. Nós vamos romper o convênio SUS, temos que denunciar o convênio SUS, mas vamos fazer isto lento e gradualmente, considerando que enquanto houver um paciente, o convênio está mantido. Nós vamos construir um projeto terapêutico para cada um dos pacientes crônicos, moradores e agudos que estão rodando ou estão parados por ali.

O que é uma instituição? Instituição é estrutura, é norma, é regra, a instituição é gente, a instituição é interesse e desejo cristalizado. Quando a gente desmonta uma instituição,

tem 200 trabalhadores lá. Então a gente foi lá nesta instituição e propôs para os caras o seguinte, a partir de uma sacada que a gente começou a fazer no Cândido Ferreira. Quando o Cândido Ferreira começou a criar moradia, desinternar, saiu um grupo de profissionais do Cândido Ferreira e montou um CAPS na cidade em convênio com o SUS, em co-gestão com o SUS. E o povo que trabalhava na cozinha e os cozinheiros e o povo que trabalhava na lavanderia? Nós vamos fazer o que? Não precisa mais? Faz igual a qualidade total? Faz uma reengenharia, aumenta a produtividade, pega um terço do pessoal e manda para a rua? É este o mundo que nós queremos criar? Será que não dava para a antiga cozinha hospitalar virar uma frente de trabalho, uma oficina terapêutica e os cozinheiros virarem monitores? Não estou falando do dono do hospital. Quanto a ele, eu cheguei em janeiro lá e falei: você vai perder o convênio, se prepare, você tem 6 meses, na pior das hipóteses, um ano, nós vamos desalugar o prédio, é direito, é legal, nós vamos fazer isto enquanto poder público. Agora, e as pessoas que estão trabalhando lá? O que nós vamos fazer? Ao desmontar o hospital, a gente tem que se preocupar com o destino de quem usa e também de quem lá trabalha, até para ganhar legitimidade técnica, até porque estas pessoas têm coisas boas: o passado, a tradição não são só desgraça. Este povo sabe lidar com o sofrimento, até com crise, e se a gente for zerar tudo, nós vamos dançar, nós vamos perder legitimidade. Nós vamos perder legitimidade de reabilitação, legitimidade clínica, legitimidade de construção de cidadania, um monte de coisa.

Baseado nesta experiência a gente chegou neste outro hospital que ia fechar e estamos fazendo a seguinte mudança: eu cheguei lá como secretário e falei que o convênio vai fechar, eu já avisei o dono, este hospital depende do SUS, 98% é SUS, ele vai fechar. Nós estamos propondo refazer o contrato, vocês vão ser demitidos aqui e refazer o contrato na linha do SUS, com o Cândido Ferreira, com alguma outra ONG que presta serviço ao SUS, só que vocês não vão trabalhar aqui; nós estamos redefinindo o modelo; só tinham três CAPS, nós vamos criar cinco CAPS; os CAPS eram ambulatoriais e nós vamos colocá-los para funcionar 24 horas; os CAPS não lidavam com crise, e agora vão lidar, vão ter leito para pernoite, um espaço para quem precisar dormir lá, ficar lá, ter acolhimento. Estamos tratando de montar leito, rever a arquitetura, alugar outra casa, ampliar o espaço, ampliar equipe, ampliar a lógica. Os CAPS ligados à equipe de saúde mental, a gente tem uma equipe para cada dois centros de saúde, equipe mínima, mas que atua não nos problemas graves, mas enfim, numa série de coisas. Vocês vão poder escolher nestas prioridades de ampliar os CAPS, de criar o novo, a oficina terapêutica que vai ser criada, o centro de convivência, então uma série de alternativas de redesenho. Ou seja, nós vamos reaproveitar o dinheiro, nós vamos tentar reaproveitar as pessoas, a experiência, a tradição, criando um compromisso. Então, nós criamos um diálogo, um sistema de articulação, de reconstrução do projeto, fazendo um pacto com quem, para um antimanicomial radical, seria o diabo, ou seja, com quem estava operando os antigos manicômios e que topa fazer isto, com discussão, com capacitação, com reorientação, etc., para trabalhar dentro de um novo modelo. Há mil tensões. Muda, demite, há recontração, há tensão no Cândido Ferreira, que começa a receber mais gente dentro dele, que ele não selecionou, que estava no outro hospital, e um hospital tem uma visão negativa do outro, nós somos os bons, os outros são os maus, nós somos antimanicomiais, eles são manicomiais. A gente encontrou entre as equipes, três culturas. O pessoal da rede pública achava que "nós somos o melhor" e desconfiava do Cândido Ferreira; o Cândido Ferreira desconfiava do outro hospital psiquiátrico privado; a gente está tentando rearticular estas desconfianças num projeto de reconstrução desta rede e reaproveitando.

Qual é a mensagem que eu quero deixar aqui? Qual é a diretriz que a gente está usando? Na morte, no fim do hospital psiquiátrico, a gente aproveitar tudo que tem, inclusive o território. O antigo Cândido Ferreira esparramou-se pela cidade e vai se esparramar mais ainda; ele ocupou a cidade e misturou com o SUS. Está misturado com o SUS municipal. Agora, o espaço que o antigo Cândido Ferreira tem, é uma fazenda lindíssima, num terreno de alta especulação imobiliária que a classe média descobriu porque é idílico, lírico e bucólico. Nós vamos salgar esta terra, nós vamos salgar estes prédios? O que nós vamos fazer disto? Estamos pensando em um CAPS ficar lá, um centro

de convivência ficar lá, um espaço para reabilitação de dependência química ficar lá, não o antigo hospital psiquiátrico. Esta lógica é para o espaço físico, que no caso é nosso porque é público. O outro espaço físico, o privado, devolve. O hospital psiquiátrico faz o que quiser com ele, mas o que é estatal, o que é público, o que é nosso, com toda carência de recursos que nós temos, de prédios, de não sei o quê, não tem que salgar, não tem que ter preconceito. Não para fazer o que sempre se fez mas para fazer outras coisas e fazer isto junto com os usuários. É pintar, invadir, quebrar as grades, ferrar as portas, ou seja, fazer um monte de coisas que simbolizem um novo rumo. Eu estou dando uma experiência bem prática, que tem tudo a ver com a teoria, com ser dialético, que é mudar, não dá para mudar sem se apoiar no novo. Não dá, do ponto de vista prático, não dá, do ponto de vista político, não dá, do ponto de vista financeiro. Então, a mudança é possível, se a gente intervir dentro dos hospitais psiquiátricos. Nós temos que cobrar de quem isto? A maioria dos hospitais psiquiátricos depende do SUS, portanto, tem que ser cobrado dos Secretários Municipais, das Secretarias Estaduais, que têm gestão plena. Há condições orçamentárias, financeiras e normativas para fazer isto que nós estamos fazendo em Campinas, para reorientar o dinheiro e criar o modelo substitutivo que vai cobrir 70 a 80% das nossas necessidades em saúde mental.

Obrigado.

## Debate

### PERGUNTA:

Meu nome é Ênio, sou psiquiatra, trabalho com muito orgulho na saúde mental em Betim, num serviço substitutivo ao manicômio, que funciona 24 horas. A minha questão é para o Gastão. Eu tive a oportunidade de ir à Campinas, conhecer o Willians, conhecer o serviço de saúde mental em Campinas e eu saí de lá com uma pergunta para o Juarez, que é o coordenador do CAPS – Estação, que era no sentido da crise. Eu vi a reabilitação em Campinas funcionando de uma forma fantástica, coisa que nunca eu vi na minha vida. Saí de lá apaixonado mais ainda com a saúde mental. Deixei também alguma contribuição para ele, tendo em vista a minha experiência em trabalhar a crise fora da ala psiquiátrica da instituição hospitalar, e lhe perguntei porque Campinas ainda não tinha pensado nisto? Na crise? Ele disse que já haviam pensado nisto, mas que precisavam articular mais. Eu queria te fazer uma pergunta, como é que fica, por exemplo, a relação que existe da saúde mental de Campinas com a UNICAMP? Eu tive oportunidade de conhecer e vi uma lógica hospitalar acontecendo numa mesma cidade, onde as crises que eu vi dos CAPS de Campinas, posso estar errado, se dirigiam não a um serviço substitutivo mas a uma ala psiquiátrica da UNICAMP.

### GASTÃO WAGNER:

Um dos objetivos de tudo o que a gente está fazendo atualmente é para mudar a lógica, na minha opinião, com que Campinas trabalha a crise, que é a lógica tradicional. Poderia chamar de lógica manicomial ou psiquiátrica tradicional. Os serviços substitutivos, os CAPS's, trabalhavam na linha da reabilitação mas com acolhimento para intercorrência, para o imprevisto, para a crise, muito baixo, muito pequeno, porque funcionava muito na lógica de um ambulatório ampliado. Com a modificação que a gente está fazendo agora, queremos aumentar a capacidade dos CAPs para funcionar 24 horas, aumentar equipe, ter leito, ter condições de infra-estrutura para trabalhar a crise. Campinas tem duas ambulâncias com grade para pegar o povo e levar, tem muito pouco leito no pronto-socorro também, que é uma outra forma de apolar a crise e o apoio à crise acabava sendo a internação psiquiátrica. Por isto é que boa parte dos leitos psiquiátricos da cidade estavam com os chamados agudos, que são pacientes em crise que depois eram devolvidos à reabilitação. Como Secretário, eu vivo alguns dilemas do arco da velha: o SUS/Campinas paga para fazer eletrochoque, não sei se você já pensou nisto! Quem assina o SUS/Campinas, porque tem gestão plena, sou eu. A UNICAMP trabalha numa linha, tem uma divisão grande lá, tem uma enfermaria psiquiátrica, um ambulatório tradicional mas tem a coisa da psiquiatria orgânica que é muito forte. E eles usam e fazem eletrochoque diariamente para uma série de indicações que eles advogam lá e é o SUS que paga, é feito pelo SUS. Se a gente fosse depender da UNICAMP, da PUC, do pensamento acadêmico, a reforma da saúde mental não teria

saído. Nós estamos fazendo a reforma psiquiátrica apesar deles. O Willians e uma série de outros reformadores de lá têm um contato, a gente procura construir alianças, construir espaços, conseguir apoio, mas é uma relação muito tensa e conflituosa. Com certeza, o modelo anterior era um modelo mais voltado para a reabilitação do que para assumir a integralidade da atenção.

PERGUNTA:

Meu nome é Sócrates, eu sou primeiro secretário da Associação Verde Esperança, NAPSEMG/Casa Verde. Eu queria perguntar ao senhor se esta falta de entrosamento com a crise não é dada por que o Cândido Ferreira quis apenas diminuir os gastos e não dar assistência mais moderna aos pacientes?

GASTÃO WAGNER:

A culpa não era do Cândido Ferreira, a culpa era da política municipal de saúde mental que tinha uma orientação equivocada na minha opinião. Não era equivocada, era restrita, limitada. Inclusive eu mesmo participei dela dez anos atrás, eu faço parte disto. Estou criticando uma coisa que eu ajudei a construir.

PERGUNTA:

Meu nome é Judith, sou psiquiatra, sou de Uberaba. Atualmente milito em Araxá e já estive no Sanatório Espirita durante dez anos, um hospital classicamente fechado, até hoje. Nós implantamos um serviço de hospital dia, que eu acho que é o único de MG, em Araxá, e também o NAPS de lá. Eu gostaria de fazer duas perguntas. O que nós temos visto nesta passagem, nesta tentativa de modificação deste modelo é que realmente estamos esbarrando numa série de questões que foram muito bem colocadas, com muita probidade, esta questão ora política, ora técnica ou clínica. Nós também temos esbarrado muito nisto, nesta própria constituição da equipe profissional que vai militar. Eu gostaria de saber como é que vocês estão lidando na prática com a equipe técnica mesmo, como é que vocês organizam debates, estudos dentro desta organização de equipe para poder minimizar estas diferenças de pensar e até mesmo um certo confronto entre maneiras de atuação diferentes ou de formações profissionais diferentes?

A segunda coisa. Nós temos discutido muito esta questão de acabarmos com os hospitais psiquiátricos, mas como é que ficam os hospitais de custódia, como é que ficam os manicômios judiciários, quando nós temos aí a questão e uma série de problemas?

PAULA CERQUEIRA:

Eu vou rapidamente falar desta questão que você perguntou sobre as equipes. No Estado do Rio de Janeiro um das nossas principais preocupações foi estar investindo nesta linha de ação, eu não gosto deste nome mas não me ocorre outro no momento, que é da educação continuada. Sempre, sistematicamente, regularmente, a gente cria e constrói fóruns de discussão entre os Coordenadores de saúde mental e suas equipes; a gente tem também uma outra ação de supervisão da assessoria de saúde mental nesses municípios, e aí não é para implantar programa, é para que se tenha esta linha mais geral de discussão do que é a figura de um Coordenador de saúde mental, qual é o seu papel político, técnico, clínico, etc. Mas também quando vai implantar programas, quando você vai montar uma rede de atenção psicossocial, a assessoria vai regularmente nesses municípios e discute-se como é o processo de implantação daquele CAPS, daquela realidade local; às vezes é um ambulatório com oficina ou às vezes vão ser outros recursos como PACS ou PSF, isto vai ganhar formas diferentes de acordo com a realidade que vai se apresentar. Isto é uma linha de ação no Estado do Rio de Janeiro em que desde 1999 a gente investe muito, e ela não foi interrompida.

Faltou falar que pegamos o Estado do Rio de Janeiro com oitenta por cento de seus

municípios sem nenhum programa de saúde mental e hoje, a gente entra agora em 2002, com apenas 6 dos 92 municípios sem programa de saúde mental implantado, e mesmo assim estes 6 estão em vias de implantação. E quando eu falo programa de saúde mental implantados são, claro, que alguns de uma forma mais consistente, até por conta do tempo em que esses programas já vêm sendo discutidos, formulados, implementados, mas também, no mínimo, todos esses programas municipais começam a tomar para si a responsabilidade dessa clientela que a gente está o tempo inteiro discutindo aqui. Acredito inclusive que esta mudança só foi possível porque é fruto também destas ações, nessa área de formação de profissional, de discussão, de treinamento em serviço, de acordo com as realidades.

Em relação à Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, até porque é uma clínica contratada pelo SUS, de difícil manejo político, a gente não tem nenhuma ação ainda com esses profissionais que lá atuam. As ações se dão de outra forma. Elas se dão nesse trabalho cotidiano daqueles grupos que eu coloquei anteriormente. Então, é interessante, inclusive, que, hoje, muitos dos profissionais que lá atuam procuram esta comissão pedindo para que ela os ajude a discutir as altas, as propostas de altas de muitos de seus pacientes. Acho, por exemplo, que essa é uma forma também diferente de se conseguir construir esses espaços de formação e de desconstrução de um certo "modus operandi" de se fazer uma determinada clínica.

#### GASTÃO WAGNER:

O negócio da equipe, eu não sei se vocês perceberam, eu não sei se foi claro, mas a gente está apostando na reabilitação psico-técnico-social das equipes de saúde. A gente crê na possibilidade de reconstrução da subjetividade dos pacientes, mas também da nossa. No caso da equipe, como dos pacientes, se faz com capacitação sim, mas principalmente fazendo. A gente tem apostado lá em Campinas em formas muito participativas de fazer a reabilitação, de fazer a gestão, de fazer a clínica, de pensar o projeto terapêutico de forma articulada, de quebrar o isolamento da equipe, de conversar com outros sujeitos, com o pessoal da Secretaria, com usuários, com familiares, ou seja, aprender com o de fora. Nós estamos pegando quem trabalha e abrindo uma oportunidade. Mas, sendo firmes, nós temos uma diretriz. A gente incorpora qualquer profissional, mas ao longo do processo nós tentamos afastar, eliminar, controlar pessoas que continuam com práticas segregadoras, manicomiais, etc., etc. E uma reflexão importante que a gente tem feito com a equipe é a noção do núcleo e campo. Nós não trabalhamos com a idéia que todo mundo é agente de saúde. Nós trabalhamos com a idéia de que se a gente contrata uma equipe multiprofissional é porque a gente precisa da multiprofissionalidade. Tem um campo comum de ação mas tem um núcleo que dá a identidade de cada um, do psiquiatra, do psicólogo, do médico. Então, a gente tenta trabalhar, valorizar um campo. Tem coisa que todos nós podemos fazer, um grupo, uma terapia, e tem coisas que eu preciso desse, valorizar essa ação. Então, trabalhar com essa dialética do ser e não ser, de ter um núcleo e ter um campo, e não só ficar no campo onde todo mundo vira agente de saúde nem ficar na especialidade careta e burocratizada.

#### FERNANDA NICÁCIO:

Eu gostaria de acrescentar algo sobre esta questão de nos desinstitucionalizarmos a nós mesmos, que o Gastão estava colocando, de podermos nos validar mesmo com as diferentes e as divergências todas que certamente existem. Eu sei que tem algumas situações que são muito difíceis mas eu acho que aí a gente teria que trabalhar nos outros campos de discussão, quer dizer, os nossos consensos têm que estar colocados sobretudo no campo ético. As divergências técnicas, teóricas, de formas de intervenção, de caminhos, elas tem que estar sempre presentes. Agora, se a gente tem que estar nesse processo, nós precisamos pensar muitas formas de poder estar alimentando esse processo. Além dessas todas que a Paula e o Gastão colocaram, eu acho que a gente ainda está utilizando pouco a nossa possibilidade de cursos de especialização. Eu tenho

tido a oportunidade de participar em alguns cursos de especialização e eu acho que é uma possibilidade muito interessante, muito rica, além de todas estas estratégias.

A segunda questão que eu acho que temos utilizando pouco, são as possibilidades de intercâmbio entre as experiências. Eu soube que recentemente um grupo de Barbacena foi à Campinas e a gente ainda tem utilizado muito pouco isso. É um momento de discussão, de reflexão intensa, de intensidade, que é muito interessante.

Em relação aos hospitais de custódia, os manicômios judiciários, eu acho que é uma questão fundamental e que deve ser o nosso próximo passo. Agora, acho que nós precisamos de ter um pouco mais, ou muito mais, de consistência no nosso campo, para entrar na discussão de verdade. Não que a gente já não pense uma série de coisas sobre isso, a gente já não coloque uma série de coisas, mas nós podemos correr riscos de fazer só discurso e aí eu acho que a gente pode perder credibilidade.

#### PERGUNTA:

Eu me chamo Marcus Vinícius e queria fazer uma pergunta, na verdade, provocar um pouco. Porque, outro dia eu estava numa reunião com um grupo de usuários num estabelecimento que tem muitos penduricalhos ao redor. Neste momento nós estamos vivendo a existência de hospitais psiquiátricos com penduricalhos, uma situação muito curiosa, porque efetivamente, muitas vezes, no interior da instituição não existe um debate sobre o seu fim, mas ao redor da instituição vão se agregando uma série de penduricalhos legitimantes, como oficina terapêutica, hospital-dia. E vamos tendo ali, então, uma configuração nova que não conhecíamos ainda. Nós conhecíamos o hospício e o serviço substitutivo, e aí nós criamos essa entidade. E é difícil criticar este tipo de entidade, pois ela fica num lugar meio legitimado porque ela está em processo. Mas você não consegue aferir muito bem se ela está em processo mesmo, ou se está em processo apenas de sustentar-se e manter-se a si mesma por mais um período, usando do recurso de agregar estes penduricalhos libertarizantes. E outro dia numa reunião de usuários, num estabelecimento destes, eu escutei de um deles uma coisa muito interessante: "antes eu vinha aqui para este hospício, me internava e voltava para minha casa. Agora eu não tenho mais alta, porque eu continuo no hospício e todo dia tem uma coisa diferente, uma reunião, uma oficina, eu tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo. E agora eu não saio mais do hospício". E ela fazia uma pergunta para os técnicos: "quando é que eu vou sair do hospício?". Ou seja, eu entendi que ela dizia, "eu fui capturada num negócio aqui que é pior do que aquele que eu tinha antes". Como o tema da mesa, eu acho que está muito direcionado a esta questão e ela foi menos abordada, eu estou trazendo para um comentário. Quer dizer, nós temos hoje um outro conjunto de instituições que vão criando coisas dentro do mesmo pátio, vão criando coisas dentro do mesmo espaço físico, vão fazendo na verdade uma maquiagem e uma ampliação do dispositivo que tem um poder de captura muito grande, e me parece que disso nós falamos pouco. Seria o caso da gente comentar um pouco ou pensar um pouco isso?

#### GASTÃO WAGNER:

Uma coisa que a gente também tem trabalhado com as equipes é o seguinte: toda ação terapêutica, quem quiser chamar de cuidadora, eu não chamo, mas pode ser cuidadora também, tem um elemento de controle social. Quem cuida, controla. É mentira que exista alguma ação terapêutica - a psicanálise menos diretiva do mundo - que não exerça um certo grau de controle social, de enquadramento. O que a gente tem que fazer é examinar isso, colocar isso na roda, colocar isso em discussão. Estou falando do ponto de vista das práticas. Mas todo serviço exerce formas de controle social. Então, se a gente for eliminar o controle completamente, a gente deixa de cuidar, deixa de ter ação terapêutica. Então, como cuidar, como ter ação terapêutica sobre quem precisa? Colocando em análise, colocando em discussão, colocando em evidência, os limites e os controles que estão sendo produzidos, que com certeza podem ser menores no serviço aberto do que no outro, se isto está sendo discutido. Em um dos

CAPS que a gente encontrou quando eu cheguei em janeiro em Campinas, o pessoal chega de manhã, passa um cadeado na porta e fica trancado até 5 horas da tarde. Criou um modelo terapêutico que só trabalha com determinado padrão de paciente. Desculpem falar as palavras, mas os loucos mais jovens que são produtivos, que surtam, voltam, etc, não ficam lá. Quem fica lá é aquele paciente mais idoso, aquele padrão, também desculpem a palavra, mais para deficiência mental do que para outra coisa, que fica o dia inteiro preso naquele lugar e depois vai embora para casa. Então, esta equipe criou um outro manicômio e inclusive joga para fora uma boa parte das pessoas que têm problema de saúde mental grave e que precisariam deste CAPS, mas não se adaptam, não aceitam, não interagem com este tipo de coisa. E ficaram lá dentro as outras pessoas que precisam mais de uma coisa protetora, mais cuidadora e menos terapêutica. Aí a divisão desse cuidadora e terapêutica, eu acho que tem que ser as duas coisas. Tem muita gente que deixa de falar em clínica e diz "agora nós cuidamos", e resolveu o problema. Eu discordo disso, isso é demagogia humanizante. Tem que humanizar e tem que cuidar. Agora, tem que discutir o que é terapêutico e o que não é. Tem que discutir clínica, tem que discutir cidadania, senão não adianta.

**PERGUNTA:**

Meu nome é Cláudia, eu sou gerente do Cersam da Pampulha, aqui de Belo Horizonte e eu queria aproveitar a presença do Gastão, porque o projeto de Belo Horizonte é bem parecido com o projeto de Campinas. Vocês se organizaram em rede, com CAPS, Centros de Saúde e Centros de Convivência. Está vindo aí a proposta do PSF, que no caso de Belo Horizonte está sendo chamado de "BH Vida". O que vocês, enquanto trabalhadores e equipe de saúde mental de Campinas, estão pensando nesta articulação entre a proposta do PSF, que trabalha com esta questão da vigilância à saúde, da melhoria do acesso, com o projeto de saúde mental?

**PERGUNTA:**

Eu sou Rose, do Fórum Mineiro de Saúde Mental e a minha questão também é para o Gastão e é uma preocupação sincera, de militante de saúde pública, em que Gastão é um dos expoentes. Eu fiquei preocupada, Gastão, com uma parte da sua fala, com relação a avaliação do Estado com a qual eu concordo totalmente. Eu também acho que o Estado é pesado, que é difícil fazer movimentar a sua máquina, só que, do nosso campo, a gente sempre acreditou numa possibilidade de estar fazendo essa máquina de algum modo funcionar em favor do projeto político ao qual a gente estava vinculado e que nos interessava implementar. E aí me preocupou um pouco e eu queria que você falasse mais a respeito disso porque eu estou querendo entender melhor a proposta: conjunturalmente, pensar hoje uma certa desistência de fazer funcionar essa máquina, não seria exatamente ir num campo do que a gente critica, da terceirização? Como eu acho que não é isso, eu queria que você me explicasse.

**GASTÃO WAGNER:**

Respondendo à cutucada do Estado. Eu continuo apostando na construção do SUS, esta coisa toda. Eu estou fazendo um diagnóstico e não falei das propostas, quer dizer, eu indiquei mais ou menos. A gente tem que fazer o diagnóstico não para propor a privatização como o neo-liberalismo, inclusive o diagnóstico é um pouco diferente, eu quero reformular o Estado, tem que ter uma reforma do Estado democrática, não a reforma do estado que o neo-liberalismo está propondo. Mas eu não quero o estado burocratizado do jeito que ele está, privatista, clientelista. Então, a linha que a gente tem proposto é a sociedade civil co-governar este estado, a gente quer menos poder ao prefeito e ao secretário, mais poder às equipes de saúde e aos usuários, a ideia da co-gestão, que está no SUS. A gente quer que isso deixe de ser teoria e seja mais concreto, mais carnal, mais orgânico, avançando além dos Conselhos Municipais. E a gente tem trabalhado, conseguido, o SUS tem a tradição de fazer convênios, esta coisa da co-gestão dos convênios está criando uma experiência de trabalhar com algumas ONG's e

entidades filantrópicas, que não é terceirização, nem é privatização, é co-gestão. Por exemplo, o cargo de diretor do Cândido Ferreira, que é o Willians, é negociado entre a prefeitura e o Cândido Ferreira. É um cargo de confiança, negociado entre nós e a equipe que está lá, e os usuários. Então, é diferente de comprar serviço da Santa Casa. O modelo de atenção deles é discutido com a gente. A gente propôs e eles adotaram uma série de normas, por exemplo, não é concurso público mas é seleção pública. Publica em jornal, monta comitê, etc. O Willians não indicou ninguém que está lá, é concurso. Então, nós estamos tentando ganhar entidades públicas mas não estatais para o espaço público, não para o espaço da privatização. E, ao mesmo tempo, temos que mudar as normas do Estado: ver o que tem de bom na responsabilidade fiscal e o que tem de amarrado. Como implementar o SUS se não pode contratar gente? Essa norma de ter que gastar só 54% serve para a saúde? No mundo inteiro todo sistema de saúde gasta dois terços. O principal investimento da saúde e educação é em pessoal. Este cálculo para saúde e educação não serve, no mundo inteiro. Vejam o Canadá, etc, o grosso do gasto em sistema de saúde é com pessoal e aí, aqui no Brasil, põem 54% para tudo. E aí a Prefeitura gasta em saúde mais de 54%, amarra tudo, fica todo mundo amarrado. As normas de licitação são para controlar corrupção, mas do jeito que está você não consegue comprar medicamento toda semana. Eu tenho que fazer compra todo dia, Campinas é uma cidade com um milhão de habitantes, a Secretaria de Saúde lida com 11 mil itens. Então, tem uma complexidade, tal, que se a gente não repensar esta máquina estatal, eu tenho um diagnóstico que a máquina estatal, do jeito que está, é incompatível com o SUS que nós defendemos. Não traí a classe operária ainda não.

Vou falar rapidinho da saúde da família. A gente está trabalhando com a integração de uma parte das equipes de saúde mental com as da saúde da família. A gente tem um diagnóstico em Campinas, que a equipe local de saúde mental não segura os casos mais graves, mas ajuda muito nas dependências químicas e na ressocialização, e tem uma importância muito grande num mundo de problemas de saúde mental, como a depressão, a violência doméstica, etc, e um papel muito grande que é auxiliar as equipes de saúde básica, de saúde da família, na reapropriação do tema da subjetividade e do social. Ampliar a clínica, a gente está chamando assim, que o clínico, que o enfermeiro, que o pediatra fazem. Esse contato com a saúde mental é muito importante. Não através de encaminhamento. A gente trabalha junto, estão chegando junto, para trabalhar depressão em gestante, violência doméstica, e assumindo o mais grave disso, e apoiando o CAPS. As equipes estão começando a usar as oficinas terapêuticas, os centros de convivência, pois estes serviços não são de um CAPS, mas de um conjunto de serviços, inclusive das equipes locais, que vão utilizar isto de forma articulada.

#### FERNANDA NICÁCIO:

Eu queria ainda colocar algumas questões sobre as pontuações do Marcos. Eu tentei colocar, não sei se ficou claro. Eu acho que tem uma distinção importante entre projetos de modernização e projetos que buscam de fato transformar a relação da forma de lidar com a experiência da loucura. Existe uma distinção muito grande entre estes dois projetos. Acho que, em determinados momentos, talvez fique difícil na aparência, da gente fazer uma certa distinção entre a produção de um conjunto de iniciativas à partir de dentro do hospital, que buscam estar produzindo novos caminhos de montagem de serviços e instituições e os que estão apenas fazendo uma incorporação de mais espaços de circulação, de mais ou menos serviços modernizados. Eu já entrei em muitos hospitais que tinham esta característica. No começo da visita você pode até ficar na dúvida, mas basta um dia para a gente perceber se o projeto dessa criação dos nossos serviços visa só uma modernização ou se são instrumentos efetivos para a sua própria transformação. E aí eu acho que as transformações, e eu até falo isso com tranquilidade porque eu gosto de usar o verbo no gerúndio, mas transformando não pode ficar para sempre. Eu acho que quando a gente vai transformando, um dia vira outra coisa, que começa a transformar de novo. Então, nesse sentido que eu estava discutindo um pouco aquela questão das estruturas e dos processos. Nós não podemos ficar só pensando nas transformações se a gente não vai dar para isso novas estruturas. Outro dia tinha uma

discussão em São Paulo bastante interessante, das pessoas discutindo que alguns ambulatorios estavam se transformando. Mas se estão se transformando vamos dar para isto um novo lugar. E teve até uma polêmica, em relação a esta questão, vamos dar para isto, de fato, um novo lugar. Assim como os serviços substitutivos, não acho que os serviços nasçam substitutivos. Eles vão progressivamente adquirindo a capacidade de ser efetivamente substitutivo. Isto também não pode ser ad eternum. Ele tem num determinado momento, que assumir a capacidade de ser de fato totalmente substitutivo e, claro, continuar o processo de transformação. Foi neste sentido inclusive que eu dei o exemplo, de que na experiência de Santos, durante 1989 a 1994, um conjunto de iniciativas foram saindo de dentro do hospital mas exatamente no momento que essas iniciativas são efetivas, no sentido de serem vivas, de serem instrumentos para os usuários, para os profissionais, a gente pôde fechar o Anchieta.

Eu tentei fazer a distinção entre os dois projetos porque eu acho que nós não estamos falando só do hospital psiquiátrico naquilo que ele tem para além de violência. É óbvio que o resultado que nós vimos da Caravana de Direitos é um para além de violência. Mas se tivesse tudo limpinho, se tivesse tudo certinho, estava bom? Eu acho que esta é uma questão importante para a gente fazer. Do meu ponto de vista, naquilo que eu venho trabalhando em termos de projeto, não! Porque a violência do hospital, enquanto violência de forma de relação e de forma de conhecer, não está só articulada às condições materiais disso. A violência do hospital diz respeito a uma violência no se relacionar, no conhecer, porque está muito articulada a estrutura hospital psiquiátrico às formas de reduzir as pessoas, às formas de invalidar as pessoas e à forma de separar a pessoa do seu contexto. Então, me parece que são três eixos em relação aos quais, nós podemos pensar que não se trata de tornar o hospital psiquiátrico mais bonzinho, como inclusive o Davi, tão saudoso nosso, criticava. Porque um hospital psiquiátrico, mesmo bonzinho, não vai deixar de atuar nestas questões que eu estava buscando colocar, que são questões que remetem não só a uma violência explícita mas a uma violência como forma de relação.



Existência do Hospital Psiquiátrico:  
Impasse a Superar

---



## EMENTA

Quando se fala na extinção dos hospitais psiquiátricos, há uma certa objeção que se apresenta quase que instintivamente em muitas pessoas, e que podemos resumir como se segue: "Mas, afinal, se uma pessoa está transtornada, ou em crise, não lhe fará bem seu resguardo num espaço protegido como o hospital psiquiátrico? Se este espaço for bem cuidado, se os profissionais forem atenciosos, se a permanência for transitória, por que não pode ser um bom lugar para a travessia de uma crise? Por que não mantê-lo como um equipamento possível, complementando-se com outros, também necessários?"

A esta objeção tão comum, podemos responder que as coisas não se passam absolutamente desta forma, nem para cada uma das pessoas que se internam, nem para a estratégia da assistência que devemos oferecer a todas elas.

Mesmo que déssemos por encerrado o tempo das internações prolongadas, não é sem danos subjetivos que alguém permanece, seja por uma semana, seja por um mês, recluso numa estrutura que impõe a supressão da liberdade, o afastamento do convívio sócio-familiar, a inflexibilidade das regras, o distanciamento hierárquico, a suspensão das negociações, o anulamento dos atos. O que justificaria tal suspensão de direitos, quando a experiência nos mostrou a possibilidade e o êxito de tratar de uma pessoa em crise em espaços de arquitetura inteiramente diversa? O que justificaria todo um aparato de segurança fundamentado na força, quando o lugar seguro que podemos oferecer ao sujeito passa necessariamente pela garantia do seu direito?

Do ponto de vista do modelo assistencial, devemos lembrar a inesgotável capacidade de proliferação do hospital psiquiátrico em torno de si mesmo: freqüentemente, em nome da Reforma Psiquiátrica, vemos construir-se no entorno do hospital uma série de equipamentos - hospitais-dia, centros de convivência, ambulatórios - que sempre acabam por funcionar de acordo com a sua lógica. Quantas vezes não assistimos à interrupção da primeira tentativa de um tratamento livre, pela aparente facilidade representada pelo recurso à internação? Quantas vezes a hospitalização é uma saída não para o usuário, mas para o técnico que perdeu a paciência, para o serviço aberto que abriu mão da inventividade, para a família que quer impor uma decisão? Pela força da inércia, tendência a excluir opera de forma inevitável, enquanto existirem estruturas que, mais ou menos disfarçadamente, se oferecem para a exclusão.

Assim, entendemos com clareza o hospital psiquiátrico como um impasse a superar - buscando debater nesta Mesa Redonda as táticas e estratégias que nos permitem ordenar tal superação.

**Comissão Organizadora.**

**Ernesto Venturini**

Consultor de Saúde Mental da OMS  
e Diretor dos Serviços de Saúde Mental de Ímola, Itália

Vou iniciar citando Foucault: "a minha pesquisa quer retroceder esta decisão que liga e separa, ao mesmo tempo, a razão e a loucura. Pretende descobrir a troca contínua, a obscura raiz comum, o choque originário que confere o sentido tanto à unidade quanto à posição do sentido e do não-sentido". Na História da Loucura, Foucault demonstra que há um gesto de exclusão quando se constrói o pensamento moderno. Evidência ou vínculo ente o nascimento da razão moderna e a exclusão da loucura. Mostra como as certezas da nossa civilização baselam-se sobre a irracionalidade. Por isso, é importante pensar acerca da loucura, porque através da loucura nós pensamos a nós mesmos e colocamos em jogo nossa normalidade.

Agora, cito Basaglia: "a abertura do manicômio desvenda o nexó entre poder e saber. Mas depois, é necessário continuar a destruir as instituições. É um movimento complexo e arriscado, no momento em que implica uma suspensão analógica, um adiamento infinito da questão da saúde mental."

Existem dois caminhos que nunca se cruzaram. O pensamento da, ou sobre a loucura e as práticas para enfrentar a doença mental. Pela primeira vez Basaglia olha para os dois. Basaglia toma a palavra para dar a voz ao sussurro da loucura e para impor o silêncio à ciência. A doença mental é colocada entre parêntesis para separar a doença do seu duplo, achando que só depois do fechamento do manicômio, e isto aconteceu, teria emergido a voz da não-razão e, junto com ela, a nossa voz, finalmente liberada.

Para realizar uma reforma psiquiátrica é necessária uma modificação da lei, mas as práticas podem ser anteriores à lei. Também, uma mudança no estilo do trabalho dos profissionais e na renovação da atitude profissional são verdadeiramente o coração do problema. Por último, é necessário ainda, um forte envolvimento dos políticos e dos administradores na programação global, na programação descentralizada, com tarefas, prazos, definição de recursos, integração entre o público e o privado.

Alguma obviedade: não é a regra, a norma abstrata, que realiza a igualdade dos direitos. O que tem menos tem que receber mais; garantir mais a quem mais necessita. Iguais direitos, mas com percursos diferentes para pessoas diferentes.

Fechar um hospital psiquiátrico significa reabilitar não só os internados, significa reabilitar um sistema de saúde, uma comunidade, uma sociedade. Por isso, fechar um hospital psiquiátrico significa construir acesso real aos direitos da cidadania. Significa o exercício progressivo dos direitos; a possibilidade dos mesmos serem reconhecidos e praticados.

Na realidade, o verdadeiro problema não é fechar o hospital psiquiátrico. O verdadeiro problema é abrir possibilidades de vida na comunidade, construir a prática dos direitos e consolidar uma rede integrada de saúde.

Então, o verdadeiro problema não é fechar, mas abrir. Para conseguir isso, precisam ser estabelecidas estratégias que incidam no nível do legislativo, na disponibilidade de dar recursos, e na produção de acesso ao valor.

Primeiro, estratégias que incidam no nível legislativo, administrativo, organizativo. O paradoxo do hospital psiquiátrico é que ele é, ao mesmo tempo, fraco e poderoso. É fraco, porque não tem nenhuma justificativa, nem mesmo econômica, pois ele é totalmente ineficiente. Se eu fosse um administrador neoliberal eu fecharia imediatamente o hospital psiquiátrico. Não há nenhuma justificativa científica, nem de controle da sociedade. É um mecanismo arcaico, que gasta dinheiro, recursos e vida das pessoas. Por outro lado, o manicômio é poderoso, porque responde a muitas necessidades. Responde à uma clínica incapaz de satisfazer às necessidades das pessoas, produzindo cronicidade. Enfim, o manicômio é o oposto de uma rede de solidariedade, onde se expressa uma situação de conflitos entre os interesses dos indivíduos, na qual perde sempre quem tem menor poder.

Neste sentido, temos sempre que nos perguntar sobre quais são as necessidades do manicômio, e assim reconhece-las permanentemente e, como resultado deste processo, construir novas respostas. Por exemplo, construir direitos sociais, acesso à instrução, à casa, à escola, ao trabalho, ao salário mínimo, a uma livre sexualidade, a uma livre opinião, à promoção de si.

Mas, a clareza de uma estratégia é, sobretudo organizativa. Abrir uma alternativa ao hospital psiquiátrico significa construir um sistema de saúde comunitário que possa definir uma área territorial - com verba econômica adequada em relação ao número de habitantes, respeitando as características sociais e epidemiológicas da população.

É necessário que neste sistema de saúde comunitário haja uma gestão pública única, clara, identificável pela população, que possa desenvolver planos periódicos de metas, com tarefas, prazos, indicadores e avaliações dos resultados.

Que haja ainda uma integração entre os setores público e privado, e entre os serviços de saúde mental e os demais serviços e recursos, tanto sanitários quanto de assistência social, existentes no território.

É importante ressaltar que a credibilidade de uma lei - de leis ou de planos e programas - só acontece se forem determinados prazos, recursos, penalidades e incentivos

A segunda ordem de estratégias diz respeito à questão da disponibilidade dos recursos. Trata-se de uma programação de conversão de recursos do antigo para o novo. Por exemplo, cada vaga fechada no hospital psiquiátrico torna-se uma vaga no serviço da comunidade. Mas, os recursos financeiros não são tudo; para além dos mesmos, existem as pessoas que trabalham. Com quais forças e com quais pessoas poderíamos atingir as nossas metas? A hipótese mais óbvia é a conversão dos recursos humanos existentes: os profissionais do hospital psiquiátrico podem sentir a necessidade de encontrar a própria liberdade, a necessidade de resgatar-se, de recuperar uma dignidade profissional, muito embora saibamos que possa existir uma grande inércia institucional, uma resistência que compromete as mudanças.

As resistências, algumas das vezes, podem ocorrer por razões psicológicas; pela impossibilidade de imaginar algo fora da própria cotidianidade ou pelo medo de uma crise subjetiva. Temos que investir nas motivações, nos incentivos, desta vez, não só econômicos.

Se por um lado é fundamental transformar o pessoal proveniente do hospital em

trabalhadores de saúde comunitária, por outro lado, sem dúvida, é estrategicamente importante, a oferta de novos lugares de trabalho que envolvam novos sujeitos que não tragam com si a cultura e a memória do manicômio. Neste sentido, por exemplo, na Itália, as cooperativas sociais desenvolveram uma tarefa fundamental que participaram muito especialmente, deste processo de inclusão de novos trabalhadores que, com o olhar livre, ingênuo, sem preconceito, realizam atos de confiança que mudam positivamente a própria estima do paciente.

Para se produzir uma ruptura, é preciso um contra-poder, isto é, uma presença crítica e de controle da gestão técnica e administrativa. Por exemplo, a participação ativa dos familiares, das associações dos usuários, enfim, da própria cidade. A idéia é que a reabilitação não envolve só os pacientes, mas que ela pertence também à comunidade. Da mesma forma que o nosso olhar se dirige à parte sadia do doente, temos que estimular o protagonismo da parte sadia da comunidade. Não precisa de muitas pessoas, pois a rede social desses sujeitos é um recurso fantástico. Mas o verdadeiro recurso consiste na capacidade dos usuários ou dos familiares em reconhecer-se atores da própria vida.

Retomando a Basaglia: "A nossa luta é uma revolução silenciosa, que se ganha dia após dia com o objetivo de mudar a cabeça das pessoas. Fechar o manicômio não significa nada de importante, já que é possível conseguir isso burocraticamente. Se o poder quiser, ele pode destruir todos os manicômios existentes, porque como os construiu pode também destruí-los". Estas palavras de Franco Basaglia foram ditas aqui no Brasil, quando ele estava aqui.

Por fim, a terceira ordem de estratégias refere-se àquelas que incidem na produção do acesso ao valor, ou seja, na autonomia, na instrução e formação profissional, na cidadania, no exercício do poder, na capacidade de exprimir com eficácia o próprio ponto de vista. A passagem do perceber-se ao realizar-se do paciente é uma característica fundamental das novas práticas em saúde mental. Não só aquele perceber-se, mas ganhar uma contratualidade social que possa responder a esta necessidade.

No início do processo há uma pergunta: temos que transformar ou fechar o manicômio? Fechar, sem dúvida! O manicômio é ontologicamente incapaz, na minha opinião, de se tornar humano. O manicômio não pode ser nunca ser um espaço humano. A presença do manicômio impede a possibilidade do doente ser reconhecido ou de reconhecer-se como sujeito.

Só fora do manicômio é possível a reabilitação. Uma forma de reabilitação é, por exemplo, o viver em uma casa, pois a casa implica em uma exigência de identidade, de construção de espaços íntimos, de redefinição das relações da experiência público/privado. A casa é o lugar da saída, mas também da chegada no processo de reabilitação. A casa corresponde a uma exigência fundamental do ser humano, juntamente com a contratualidade social, a exigência de um reconhecimento social, de um salário, de um trabalho. Por isso, enquanto profissionais de saúde, e enquanto algo que é próprio das estratégias de reabilitação, temos que assumir a tarefa de atender à importância e ao significado de construir residências para todos os que delas necessitarem, mas, além de construir, de garantir a qualidade deste processo.

Três são os pilares da reabilitação:

- Práticas na construção material do exercício de direitos,
- Práticas no desenvolvimento de trocas interpessoais e sociais, e,
- Práticas de solidariedade.

É uma verdadeira estratégia militar, onde tem que se manter o ritmo do processo, como um domínio, você ganha um lugar, depois outro. E se você ganha, a vitória é de todos. O

que é importante não é só a meta. O importante é também o caminho, a viagem, a nossa viagem, o significado que nossa luta dá à própria vida.

E acabo com a palavra do poeta Constantinos Kavafis, prêmio Nobel da literatura.

"Sempre tem que pensar a Ítaca  
- alcançá-la seja o constante pensamento.  
Mas, sobretudo, não apressar a viagem;  
deixe que dure muito anos, e que,  
já velho,  
põe teu pé na Ilha, tu, enriquecido  
dos tesouros acumulados pelo caminho  
sem esperar nenhuma riqueza por parte de Ítaca.  
Ítaca ofereceu uma boa viagem,  
sem ela nunca terias viajado:  
o que podes esperar?  
E se a achas pobre,  
não é por essa razão que Ítaca terá te decepcionado.  
Sendo já sábio,  
em cima da tua experiência,  
já terás percebido  
o que Ítaca quer significar".

(Constantinos Kavafis, "Settantacinquo poemas")

**Pedro Gabriel Delgado**

Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Agradeço o convite e a oportunidade de estar aqui debatendo com os amigos de Minas Gerais e, nesta mesa, com o Marcus Vinicius, Ernesto Venturini, Manuel Desviat e os demais convidados deste Seminário.

O título desta Mesa Redonda me chamou a atenção: "Existência do Hospital Psiquiátrico: Um Impasse a Superar". Tenho uma certa atração pela palavra impasse; acho que ela diz muito a respeito da nossa atividade. No campo da saúde mental, penso que é uma palavra profundamente ligada à atividade clínica. A clínica é essencialmente um impasse, e é sempre a superação de impasses. Ela só se constrói quando consegue não apenas perceber claramente onde se situam os impasses, mas até, muitas vezes, quando é capaz de trocar um impasse por outro; quando se consegue mover certas situações rígidas, empedernidas, que jamais se modificam, é que se pode obter, por exemplo, alguns bons resultados no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves.

Portanto, a palavra impasse não apenas diz respeito ao hospital psiquiátrico como um impasse da política, mas também à própria natureza do desafio que é a clínica em saúde mental.

Dentre os vários projetos da minha vida que não realizei, estava um de criar uma revista no hospital universitário da UFRJ, que ia se chamar "O Impasse da Clínica". Seria uma revista semestral, tinha já o corpo editorial e toda a programação. Ofereço este título para quem desejar, porque a revista não será feita. Mas seu objetivo era justamente tomar todas as situações clínicas pelo ângulo do impasse, principalmente porque naquela época estava trabalhando em um hospital geral, em seu serviço de psiquiatria, e não havia uma única situação que não fosse de difícil manejo, tanto na questão de pacientes psiquiátricos que procuravam a emergência ou o ambulatório, como na própria relação com as demais clínicas de um grande hospital clínico-cirúrgico. As relações que a Psiquiatria e a Psicologia estabeleciam com esses outros serviços eram sempre relações marcadas por um impossível, por um diálogo que só a custo se produzia de forma conseqüente.

Tomemos, pois, o impasse como algo familiar, quase necessário – e, pois, em certo grau, desejável – em nosso mundo de práticas clínicas e políticas, e situemos aí o impasse constituído pela superação do hospital psiquiátrico.

Certamente que não se trata apenas de como é difícil reduzir os leitos psiquiátricos, mas de superar de fato uma idéia-força, o paradigma hospitalar, que assume configurações muito concretas: espaciais, ergonômicas, ideológicas. Este núcleo ideológico, esta visão-de-mundo hospitalocêntrica, assume várias formas e características e diversos modos de perpetuação. Surgem às vezes instituições que substituem o hospital psiquiátrico, mas que

acabam por mantê-lo de outra forma; deslocando, portanto, para um outro ponto um impasse que é da mesma natureza. Acho que é este, algamos, o "leitmotiv" do que queria comentar com vocês: aceitar que, de fato, existe uma espécie de ponto duro de difícil superação, que se coloca, certamente, como um obstáculo. Gosto também da idéia, quando falamos de Reforma Psiquiátrica, de que, se estamos propondo a reforma é porque existe um obstáculo que se interpõe no caminho da boa política de saúde, da boa clínica, do bem estar dos pacientes, dos direitos do paciente. Vou comentar com vocês como vejo hoje, do meu ponto de observação, no Ministério da Saúde, onde estou desde agosto do ano passado, como vejo a forma como se apresenta esse impasse do hospital psiquiátrico e quais são as estratégias possíveis, seguindo um pouco o que o Dr. Ernesto Venturine nos falou, isto é, estratégias possíveis nesta guerra de movimentos, que deve ser travada em todos os espaços, em todos os fronts. O primeiro ponto deste impasse, o diagnóstico que temos que fazer a respeito da presença do hospital psiquiátrico e do tamanho deste impasse, é o fato de que, passados doze anos de um programa que considero contínuo e persistente de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, o hospital psiquiátrico ainda é o centro da política, ainda é o definidor do financiamento. O primeiro dado que queria citar, dado estrutural e estruturante, é que a política de saúde mental no Brasil - e estou falando como coordenador dela, estou coordenador desta política - é centrada no hospital psiquiátrico, é baseada no financiamento deste equipamento. Este obstáculo se expressa em um indicador com o qual proponho que todos trabalhemos, que é a relação entre o dispêndio que se faz com internações psiquiátricas e o gasto que a política pública faz com o atendimento extra-hospitalar. É um indicador que colocamos na Agenda da Saúde, do Ministério da Saúde, e que mostra se a política está se movendo, se este impasse está sendo de alguma forma superado ou contornado. Mostrarei rapidamente alguns dados, para contextualizar o que gostaria de dizer.

#### ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GASTOS COM INTERNAÇÕES TOTAIS NA REDE SUS E GASTOS COM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

BRASIL - 1995 A 1999

Ano	% Gastos psiquiátrica	Transtornos Mentais	Total SUS
1995	11,7	400.365.260	3.192.437.637
1996	11,9	374.105.122	3.182.266.324
1997	11,8	377.105.122	3.205.852.023
1998	11,4	432.276.674	3.808.037.598
1999	9,9	467.774.871	4.733.844.111

Fonte: Tabnet: Morbidade hospitalar/DATASUS/MS - ATG/MS

Vocês percebem que os gastos percentuais com internações por transtornos mentais no sistema público de saúde, nesta série histórica de 1995 a 1999, vêm decrescendo. Poderíamos pensar que é um bom indicador, um indicio de que aquela desproporção dos gastos da saúde mental está se corrigindo. A saúde mental já foi o segundo maior gasto em internações no Brasil, uma distorção absurda. Mas esta queda não significa que exista uma mudança da composição entre os gastos com hospital psiquiátrico e extra-hospitalares. Ela significa, na verdade, uma diminuição proporcional nos investimentos no campo da saúde mental, e demonstra a dimensão que tem no Brasil a composição dos gastos com hospital psiquiátrico. Globalmente, os transtornos mentais ficam em quarto lugar - já foram segundo, depois terceiro lugar proporcional em gasto total do SUS por grupo de patologias. A tendência é que, se considerarmos uma distribuição melhor dos recursos, a posição da saúde mental se situe em quinto, sexto ou sétimo lugar, segundo o comportamento deste grupo de gastos em outros sistemas públicos de saúde (mas também existem sistemas de saúde mistos, públicos e privados, em que a saúde mental fica em segundo lugar nos gastos). Portanto, está decrescendo proporcão do gasto com saúde mental do gasto com a saúde como um todo.

O indicador que mencionei anteriormente - proporcão dos gastos com hospitais e com

a rede substitutiva – é que nos interessa mais de perto, conforme o quadro abaixo, de 1997 a 2001.

Estamos tomando este indicador - quanto se gasta com o hospital psiquiátrico sobre quanto se gasta com CAPS, ambulatório e outros serviços – como índice da política. Ele tem melhorado muito lentamente nos últimos tempos<sup>1</sup>. Fizemos agora uma aplicação deste indicador por todos os estados, de tal maneira que se possa ir verificando mês a mês se os estados estão reorientando seus investimentos em saúde mental. Pode-se dizer o seguinte: há pequenas alterações recentes que estão se dando em alguns estados. Deram-se em Minas Gerais, no Estado do Rio nos últimos dois anos, em São Paulo (através de um mecanismo que não está claramente estabelecido, pois no estado de São Paulo está se investindo muito na transferência de pacientes de hospitais privados para hospitais públicos com uma remuneração mais baixa, o que faz cair o gasto, mas não significa uma mudança na política). Quería disponibilizar para vocês, não hoje, mas logo que possível, este indicador em Minas Gerais e também por município: se os municípios estão investindo mais no sistema extra-hospitalar ou no sistema hospitalar. Hoje, esta proporção no Brasil é de 84,18%. Isto é, 84,18% dos recursos totais do SUS para saúde mental são investidos no pagamento de internações psiquiátricas<sup>2</sup>.

#### EVOLUÇÃO COMPARATIVA ENTRE GASTOS COM REDE HOSPITALAR E REDE SUBSTITUTIVA EM SAÚDE MENTAL

BRASIL - 1997 A 2001

Unidades/ano	1997	1998	1999	2000	2001
Leitos psiquiátricos	365.641.745	407.182.059	445.596.036	449.083.453	463.393.898
Leitos psiquiátricos em HG	14.025.551	14.876.327	16.310.586	14.240.636	15.966.312
Total hospitalar	379.667.296	422.058.386	461.906.622	463.324.089	479.360.210
Vagas em Hospital – dia	5.413.056	8.791.256	10.479.694	10.839.946	12.974.241
Oficina Terapêutica	2.800.599	3.767.772	4.034.157	5.722.184	6.818.392
NAPS/CAPS	13.709.588	18.126.077	20.760.064	30.161.908	33.430.778
Psicodiagnóstico	637.443	645.492	446.310	728.330	679.128
Terapias em grupo	5.384.665	3.734.891	3.811.211	6.537.602	7.433.072
Terapias individuais		2.103.968	2.443.771	9.345.118	10.582.812
Medicamentos – RENAME	*	*	3.664.861	19.226.501	22.919.871
Consulta em Psiquiatria	*	*	1.803.039	4.527.780	4.775.091
SRT's	*	*	*	*	267.053
Total extra-hospitalar	27.945.351	37.169.456	47.443.107	87.089.369	99.880.438
TOTAL GERAL	407.612.647	459.227.842	509.349.729	550.413.458	579.240.648
%gastos hospitalares/ gastos extra-hospitalares	93,14	91,91	90,69	84,18	82,76

Observação: \* sem registro no SIA-SIHSUS  
Fonte: DATASUS/MS - ATSM/ASTECSAS/MS

<sup>1</sup> A coluna 2001 foi inserida posteriormente, já que este texto é de maio de 2001.

<sup>2</sup> A estimativa para dezembro de 2002 é 79% (nota de novembro 2002).

A meta colocada em termos de planejamento do Ministério da Saúde é baixar para 70% ao final deste ano, meta esta que não será atingida. Até porque recentemente houve um aumento da remuneração de hospitais psiquiátricos, o que vai comprometer o numerador deste índice.

O quadro a seguir mostra a distribuição dos hospitais psiquiátricos, isto é, a distribuição espacial deste impasse.

DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS E LEITOS PSIQUIÁTRICOS NA REDE SUS, SEGUNDO NATUREZA E UF - 1999

UF	Hospitais		Total	Leitos		Total
	Público	Privado		Público	Privado	
AC	1	0	1	43	0	43
AL	1	4	5	265	1.139	1.404
AM	1	0	1	150	0	150
BA	3	6	9	840	1.664	2.504
CE	1	8	9	164	923	1.087
DF	1	1	2	40	144	184
ES	2	1	3	335	405	740
GO	0	14	14	0	1.962	1.962
MA	1	3	4	66	1.402	1.468
MT	1	2	3	50	371	421
MS	0	2	2	0	248	248
MG	4	22	26	881	4.706	5.587
PA	1	0	1	120	0	120
PB	2	5	7	374	914	1.288
PR	2	18	20	324	4.144	4.468
PE	3	15	18	488	3.682	4.170
PI	1	1	2	233	270	503
RJ	9	35	44	2.851	7.866	10.718
RO	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0
RN	1	4	5	220	714	934
RS	2	6	8	430	1.341	1.771
SC	1	2	3	140	301	441
SE	1	2	3	110	398	508
SP	11	58	69	5.538	14.982	20.520
TOTAL	50	210	260	13.663	47.730	61.393

Fonte: DATASUS

## CAPS/NAPS POR REGIÃO E ESTADO EM FUNCIONAMENTO

Região	Estado	Total por Estado
NORTE	Acre	0
	Amazonas	0
	Amapá	0
	Pará	12
	Rondônia	0
	Roraima	0
	Tocantins	4
	Total Norte	16
NORDESTE	Alagoas	5
	Bahia	7
	Ceará	20
	Maranhão	3
	Paraná	2
	Pernambuco	9
	Piauí	0
	Rio Grande do Norte	4
	Sergipe	2
	Total Nordeste	52
SUL	Paraná	11
	Rio Grande do Sul	53
	Santa Catarina	20
	Total Sul	84
SUDESTE	Espírito Santo	5
	Minas Gerais	36
	Rio de Janeiro	43
	São Paulo	48
	Total Sudeste	132
CENTRO OESTE	Distrito Federal	1
	Goiás	4
	Mato Grosso do Sul	2
	Mato Grosso	4
	Total Centro-Oeste	11
TOTAL BRASIL		295

Novembro de 2001 - dados coletados com os Coordenadores Estaduais de Saúde Mental

\* Excluídos serviços com configuração diversa da de CAPS/NAPS.

Fonte : Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS

Neste número de 61.300 leitos não estão incluídos alguns poucos hospitais antiga psiquiatria III; o total é, pois, um pouco maior (em torno de 61.700). Tampouco incluímos os manicômios judiciários. Estamos trabalhando, pois, em números redondos, com o total de 65 mil leitos hospitalares no Brasil, incluídos os manicômios judiciários e os hospitais públicos como o Hospital São Pedro de Porto Alegre, que não está naquela relação e alguns outros hospitais<sup>3</sup>. Conheci há pouco um hospital de 120 leitos que não é remunerado diretamente pelo SUS e que não entra na estatística: na verdade, o parque manicomial é um pouco maior que os números oficiais.

Contra-pondo-se a isto, o próximo quadro mostra a distribuição proporcional, por estado,

<sup>3</sup> Comparemos com dados de outubro de 2002: 56.600 leitos do SUS, mais cerca de 4.000 leitos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (MS/SAS/ASTEC/Área Técnica de Saúde Mental).

dos serviços de atenção psicossocial, que têm sido tomados como estratégia, nesta guerra de posições. A estratégia prioritária é a criação de serviços comunitários capazes de atender os pacientes com transtornos mentais severos, articulados a uma rede municipal de atendimento.

Esta é a distribuição destes serviços pelo Brasil. Vocês vêem que há um certo progresso, pelo menos na criação destes serviços. Já estão os serviços em funcionamento, serviços que, de fato, estão atendendo pacientes adultos com transtornos mentais severos persistentes. Este número de equipamentos vem, de fato, crescendo, mas ainda está muito aquém das necessidades que nós temos para o nosso país. Estamos estabelecendo com os municípios a idéia de que todo município acima de 70 mil habitantes crie os seus serviços deste tipo, CAPS, serviços de atenção diária para permitir, portanto, que se resolva o nó crucial do atendimento em saúde mental no Brasil. O principal problema, se pensarmos no diagnóstico da situação da saúde mental no Brasil, é a baixa acessibilidade. Se me perguntarem: qual o principal problema da saúde mental no Brasil? Ah!, são os hospitais psiquiátricos, é a desproporção dos gastos? Eu diria para vocês, o principal problema é o baixo acesso da população ao atendimento em saúde mental. A população brasileira com transtornos mentais severos não é atendida, sequer mal atendida. Se tomarmos o número de pessoas que hoje circulam em torno dos hospitais psiquiátricos teremos entre 100 e 150 mil de pacientes. No sistema ambulatorial, a proporção de pacientes atendidos é de difícil estabelecimento. Por quê? Porque o sistema ambulatorial não distingue o tratamento contínuo do tratamento eventual e errático (conheci uma cidade, na periferia da capital de Alagoas, com 25 mil habitantes e 7 mil pacientes inscritos no sistema ambulatorial de saúde mental, ou seja, quase um terço da população; é um município que não oferece atendimento suficiente, mas cadastra há dez anos as consultas eventuais que faz numa espécie de serviço de pronto atendimento, como sendo pacientes atendidos na saúde mental). Portanto, não dispomos de tal esta informação no Sistema de Informações Ambulatoriais, não é possível saber quantos pacientes são. Certamente, o sistema ambulatorial clássico de saúde mental não dá conta do atendimento aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Portanto, o problema principal é o baixo acesso da população brasileira ao atendimento em saúde mental. A estimativa conservadora da amplitude do problema de saúde mental é de que cerca de cinco a seis milhões de pessoas no Brasil necessitam de um atendimento contínuo em saúde mental. Esta cifra foi extraída de uma indicador composto, que soma transtornos psicóticos e transtornos neuróticos graves que, em geral, acarretam a internação do paciente e exclui o uso prejudicial de álcool e drogas. Juntam-se aí, sob este indicador que se refere a cerca de 3% da população, os transtornos mentais severos, incluindo a deficiência mental com comprometimento mais grave da personalidade. É um número muito grande, para uma oferta de serviços muito baixa.

Podemos decompor esta idéia do impasse do hospital psiquiátrico em duas partes: uma é a existência real deste tipo de equipamento de atenção em saúde mental, que ainda é o centro da política, a prioridade, a escolha principal dos mecanismos de financiamento, e as estratégias para reorientar o uso destes recursos. Um exemplo desta estratégia, que tem sido aplicada em alguns estados, especialmente no Rio de Janeiro, de forma sistemática, é, de fato, a renegociação mensal dos recursos oriundos de internações psiquiátricas, isto é, do sistema AIH, para a remuneração do custeio de serviços do tipo ambulatorial como os CAPS, e das residências terapêuticas. Esta renegociação, feita mês a mês, é um exemplo de tal estratégia<sup>4</sup>. Agora, a outra questão que também se relaciona com o impasse representado pelo hospital psiquiátrico é, justamente, de que maneira poderemos aumentar o acesso da população aos cuidados em saúde mental. Sobre isto, queria comentar uma das estratégias que está sendo colocada em curso, sobre a qual gostaria até de ouvir a opinião de vocês. Estamos tomando o programa de saúde da família, que hoje tem, no Brasil, 11.500 equipes e está presente em 3.500 municípios brasileiros, e colocando em execução um plano de

<sup>4</sup> Ver Deliberação n. 54, da Comissão Intergestores Bipartite do estado do Rio de Janeiro, 14/03/00 (in MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em Saúde Mental 1990-2000. Brasília, 2000).

inclusão das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, que estabelece algumas prioridades, visando, de fato, enfrentar o impasse do baixo acesso e o impasse do modelo hospitalocêntrico. Em sendo assim, as situações de risco, colocadas como prioritárias para as equipes de saúde da família e progressivamente incorporadas à estratégia de ampliar o acesso à atenção em saúde mental no Brasil, são: alcoolismo e outras dependências, o alcoolismo como destaque; transtornos psicóticos em geral, porém compreendendo-se aí transtornos mentais severos e persistentes, incluindo neurose grave e deficiência mental. A deficiência mental está presente em cerca de 1/5 da população dos hospitais psiquiátricos, em concomitância ou não de sintomas psicóticos. Portanto, alcoolismo e outras dependências, psicose, suicídio em adolescentes e adultos jovens e situações de violência e exclusão social, eis o elenco de prioridades da saúde mental na rede básica. Especialmente no Brasil, situações de violência e exclusão social aumentam o risco de agravos à saúde, sendo, portanto, prioridades também para o atendimento das equipes de saúde da família. Serão incluídos neste programa de saúde mental na saúde da família os municípios de regiões onde haja uma grande vulnerabilidade social, maior que a que existe no Brasil estruturalmente. Portanto, municípios em regiões de grandes situações de violência, conflito social ou miséria absoluta, etc. E os municípios no entorno dos hospitais psiquiátricos de grande porte, para que este programa de saúde da família também se encarregue do trabalho com os pacientes que forem, progressivamente, recebendo alta dos hospitais psiquiátricos para serviços residenciais terapêuticos ou para integração à própria família. Ou seja, os programas de saúde da família com atendimento em saúde mental serão situados, inicialmente, como programas prioritários, naquelas regiões onde predomina mais maciçamente o modelo do hospital psiquiátrico ou onde exista um número muito grande de pacientes com grave dependência institucional ou sob risco psicossocial maior. Estes pacientes de longa permanência hospitalar são estimados em cerca de 1/3 daquela população de 65 mil, tendo mais de dois anos ininterruptos de internação. Serão pacientes, portanto, cujo programa de desinstitucionalização ficará vinculado a esta estratégia da saúde da família.

A mudança deste modelo centrado ainda no hospital psiquiátrico é uma luta de todos nós. Não adianta dizer que o Ministério da Saúde tem uma política de reorientação do financiamento para o sistema extra-hospitalar, se esta reorientação não se dá de fato, concretamente. Portanto, é necessário dizer que o Ministério da Saúde, ou qualquer instância institucional de gestão do SUS, não é monolítico, mas um cenário, como dizia Gramsci, de um bloco no poder em um campo dinâmico de lutas, espaço institucional onde convivem modelos diferentes, projetos políticos diferentes, que tentam buscar uma resultante que aponte na mesma direção. Não adianta ficar dizendo: a política do Ministério da Saúde é esta ou aquela. A política é também aquilo que se consegue produzir efetivamente de mudança da realidade. Daí a relevância de lutarmos todos pela convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental. É importante, na verdade, ter conta deste cenário para podermos atuar fazendo com que o Ministério da Saúde, estados, municípios, e as políticas públicas de saúde, de fato redirecionem o modelo assistencial no Brasil, buscando superar este impasse fundamental: a centralização do atendimento ainda no equipamento obsoleto que é o hospital psiquiátrico.

**Marcus Vinícius de Oliveira<sup>1</sup>**

Professor da Universidade Federal da Bahia  
e Militante do Movimento da Luta Antimanicomial, BA

É para mim uma oportunidade extremamente satisfatória e feliz, poder estar aqui com vocês e participar deste Seminário. Primeiro, pelo fato de que este Seminário, creio eu, traz algo de absolutamente novo no cenário da discussão governamental relativo à política de Saúde Mental, à Reforma Psiquiátrica e à luta contra os manicômios. Sem dúvida alguma, este esforço, esta tentativa de enfrentar o debate e de criar bases para que avancemos numa perspectiva positiva, é inaugural com este Seminário. Não conheço nada parecido, em nenhum outro Estado brasileiro – e olhem que eu tenho viajado muito por todo o país – onde tenha se procedido a este debate, com as características deste evento: com este nível de exploração e com este nível de radicalidade que aqui está colocado. Em segundo lugar, porque é uma oportunidade de poder retornar à convivência de muitos amigos e de poder retornar ao embalo do sotaque mineiro - os mineiros acham que não têm sotaque - e como mineiro que sou, já há muito tempo fora daqui, é sempre bom poder, como o Gastão dizia, sentir-se embalado por este sotaque.

Isto é tão bom que, ontem, eu fazia uma brincadeira, talvez abusando um pouco da instituição que nos convida, mas muito respeitosa. Fazia uma brincadeira com o Wellerson Alkmin, diretor do Instituto Raul Soares, dizendo que eu estava imaginando dois diretores de hospitais psiquiátricos da FHEMIG, reunidos e conversando. E um falava para o outro, assim: "Tem este negócio aí da Lei Paulo Delgado, que foi aprovada. Estou pensando, devia acabar com o meu hospital". Aí, o outro pensa assim: "Ele está falando comigo que vai acabar com o hospital psiquiátrico dele, para eu acabar com o meu primeiro. Ele não vai acabar nada com o dele, não". Esta brincadeira é para retomar uma velha piada que fala da mineiridade como desconfiança, para a gente pensar que, ao lado desta ousadia, desta radicalidade que este Seminário marca, também, quero crer, ele marcará um elemento que é fundamental e decisivo para o ritmo e os prazos, através dos quais as coisas vão se processar. Eu estou me referindo à tomada de posição, estou me referindo à decisão política, estou me referindo à superação da desconfiança, através da certeza. Neste momento, no qual um conjunto de atores envolvidos com a questão psiquiátrica estão aqui reunidos, é preciso afirmar a vontade e a certeza para tomar a decisão de romper com o hospital psiquiátrico.

Eu acredito que, neste momento, esta tomada de posição seja fundamental para que possamos interpretar as produções que se seguirão, num determinado processo, que, eventualmente, afirme que quer "descentrar" o modelo hospitalocêntrico. Porque descentrar o modelo hospitalocêntrico, não quer dizer, necessariamente, romper

---

<sup>1</sup> Este texto foi revisado pelo autor e pela organizadora. Optou-se por manter a linguagem coloquial do mesmo.

radicalmente com a existência do hospital psiquiátrico. Descentrar o modelo hospitalocêntrico pode querer dizer, simplesmente, combater os seus excessos: alguns hospitais psiquiátricos poderiam e deveriam continuar existindo por aí, porque afinal de contas, a gente supostamente não poderia viver sem "uma retaguarda". Acredito que muitas das dificuldades que nós enfrentamos no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira estão dadas pela forma como a questão da ruptura radical com o hospital psiquiátrico tem se colocado no debate. Creio que, ainda hoje, tenhamos, entre os que fazem a Reforma Psiquiátrica, muitos que ainda não estão suficientemente convencidos, que ainda não tomaram a decisão decidida de que, existe uma incompatibilidade entre a existência do hospital psiquiátrico e a possibilidade da produção de outras formas de cuidado com a loucura. Existem muitos que, ainda, estão convencidos de que, efetivamente, os serviços que nós temos que produzir devem ser serviços, não substitutivos, mas serviços alternativos. Que alternam, ora aqui, ora ali, ora aqui, ora ali.

Acredito que, talvez este elemento, nos remeta a uma pergunta, muito importante, que é acerca da persistência histórica deste dispositivo, a despeito do conjunto de denúncias que acompanham esta mesma história. A crônica que relata, que registra, o desenvolvimento deste tipo de equipamento no nosso país é fecunda em mostrar o quanto este equipamento – o manicômio – já foi alvo de denúncias, o quanto este equipamento já foi execrado, o quanto este equipamento já foi evidentemente, denunciado como ineficaz, incompetente, iatrogênico e tudo mais.

Mas quando, a despeito da existência de uma persistente denúncia histórica de que este equipamento é inadequado, ele continua a existir, nós temos que nos fazer a pergunta acerca da potência institucional deste estabelecimento. Nós temos que perguntar – e eu acho que o uso do conceito de potência institucional é interessante – de onde esta instituição, tão criticada, tão combatida, tão consensualmente recusada como forma de atenção, extrai as suas forças. E quando o Pedro Gabriel nos faz a apresentação anterior, ele evidencia que a despeito disto tudo, de tudo que temos discursado nas ruas, nos serviços, de tudo que temos praticado do ponto de vista de novas formas de atenção, esta instituição mantém sua potência.

Eu quero recusar, aqui, o diagnóstico, às vezes superficial, mas taticamente importante, de que tudo é culpa do sindicato dos donos de hospitais psiquiátricos, que se beneficia da indústria da loucura, ainda que isto seja verdade. Hoje, isto ainda é verdade. Então, acredito que uma das direções fundamentais para o nosso trabalho deve ser o exame crítico da crítica ao hospital psiquiátrico. Temos que fazer uma análise de todos os discursos que, ao longo de nossa história, vêm denunciando e criticando o hospital psiquiátrico: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Ulisses Pernambucano, Luís Cerqueira, Nise da Silveira. Muitas vezes, uma certa historiografia psiquiátrica deste campo da crítica ao hospício se constrói com um fio, que liga aquele passado remoto ao momento presente, como se, todos nós, desde sempre, estivéssemos falando a mesma coisa, e quiséssemos a mesma coisa. E que os objetivos de todos estes reformadores da Psiquiatria brasileira tivessem sido os mesmos, ao longo do tempo. Eu queria registrar que, na minha opinião, um dos principais instrumentos da expansão do dispositivo psiquiátrico na sociedade brasileira, da expansão do controle social da Psiquiatria e da expansão do próprio hospital psiquiátrico entre nós, foi exatamente, a crítica, a denúncia do hospital psiquiátrico brasileiro.

Ou seja, foi denunciando que o hospital psiquiátrico é um lugar de violência, de abandono, um lugar superlotado, um lugar inadequado, ineficiente, que a Psiquiatria brasileira logrou multiplicar-se e multiplicar estes estabelecimentos. É muito interessante, porque todas estas críticas diziam que o hospital psiquiátrico é um lugar inadequado, trata mal as pessoas – por quê? Porque ele está superlotado. Então conclui-se que é preciso construir um outro hospício para diminuir a superlotação. O hospital psiquiátrico é um lugar que maltrata as pessoas – por quê? Porque não tem pessoal. É preciso contratar mais pessoal. O hospital psiquiátrico é um lugar que maltrata as pessoas porque não tem verbas; é preciso mais verbas.

Outro dia, eu pegava a revista O Cruzeiro, dos anos sessenta, que tinha uma denúncia do

hospital de Barbacena, quase 15 anos antes da denúncia que fizemos em 1979. Assim, de 15 em 15 anos, de 20 em 20 anos, aquilo vira uma pocilga de tal forma horrorosa, que a imprensa vai, cobre, denuncia. Algumas ações são feitas. Expande-se alguma coisa do dispositivo. Tudo depois se aquieta e o dispositivo segue ampliando.

Eu queria trazer esta perspectiva de discussão, ao lado de uma outra, que nos informa que, de certa maneira, a idéia da potência institucional do manicômio, deve ser procurada num outro processo que, às vezes, é menos discutido, que é o processo de desabilitação social produzido pelo manicômio. E para clarear este ponto eu gosto de dar o exemplo do parto. Os nossos avós certamente foram paridos, e grande parte pariram, em casa. Poucos anos, portanto, 50, 60 anos nos separam de uma experiência em que parir em casa era hegemônico. E nesta conjuntura, todos os sujeitos sociais, o menino, a menina, a mãe, o pai, o irmão, o tio, o familiar, o vizinho, todo mundo sabia o que fazer com o parto. Todos sabiam qual o lugar de cada um na hora do parir. Quais eram os procedimentos. O menino sabia que tinha que pegar a bicicleta e sair correndo para chamar a parteira. Ou sair correndo sem bicicleta mesmo. O pai sabia que ia para o botêquim tomar uma cachaça, porque este negócio lá, é com as mulheres, "eu tenho que sair de casa". E todo mundo sabia um pouco sobre isso e se localizava. A experiência do parir estava disseminada na sociedade. Mas vejam, nós chegamos, pouco mais de 50 anos depois, a uma desabilitação absoluta da sociedade para lidar com o parir, a uma medicalização radical, que faz com que 95% dos partos se transformassem em intervenção cirúrgica, através das cesarianas. E aí, criam cursinhos de psicólogas e instrutoras de yoga, que ficam ensinando às mulheres a respirar assim, respirar assado, abrir as pernas, fechar as pernas, abrir os braços, enfim, criam todo um processo de adestramento para aquilo que é um processo, digamos, organicamente vital e essencial. Da mesma maneira, há 200 anos o hospício e a Psiquiatria retiraram a loucura da convivência social, dizendo "deixa comigo que eu trato, eu que tomo conta, não se preocupe com isto, se tiver uma crise me chama, que eu vou dar conta".

Então, eu acredito que se produziu um processo, onde o especialismo psiquiátrico – e depois o psicanalítico, psicológico, etc. – faz uma desabilitação social que limitou as possibilidades para que a sociedade possa se relacionar com esta experiência, que é uma experiência que comporta uma dimensão fundamental da existência humana, como a tragédia. A tragédia, enquanto dimensão fundamental, a tragédia da loucura – ou talvez nem seja tão trágico assim – deixa de fazer parte do repertório de comportamentos administráveis pela comunidade.

Estou trazendo isto, porque eu acredito que esta é uma vertente fundamental da Reforma Psiquiátrica e nem sempre exploramos o suficiente. Diz respeito, exatamente, a todo um processo de intervenção cultural que possa alterar a disposição da sociedade para a convivência com a loucura. Ontem tivemos, aqui, esta maravilha de espetáculo que é a Escola de Samba do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Acredito que, precisarmos pensar isto mais radicalmente. Há uma desabilitação social para lidar com o fenômeno do transtorno mental e não sei se os especialistas estão interessados em distribuir o seu conhecimento e a sua capacidade de cuidar da loucura com os não especialistas, com os leigos. Não sei se nós teremos a generosidade de dar este passo.

Do ponto de vista mais prático, buscando concluir, eu queria trazer alguns aspectos que me parecem bastante importantes neste debate. Eu faço parte de uma experiência geracional que, num dado momento, assume a posição política de que é preciso romper com o manicômio, do ponto de vista de ruptura de paradigma. Tenho uma memória pessoal, afetiva, acredito que compartilhada com muitos dos companheiros que estão aqui, do que significou, há pouco mais de 13 anos, em 1987, a enunciação do lema "Por Uma Sociedade Sem Manicômios". Atualmente isso é legal, a gente faz uma mesa hegemônica para discutir este pensamento, num evento oficial do Governo de Minas, mas já foi muito complicado. Já foi muito difícil afirmá-lo, num momento em que nos insurgimos contra uma situação estabelecida e valorada socialmente como definitiva, e propusemos a mudança de paradigma. E fico pensando que, na experiência da crítica ao manicômio, da história da crítica ao hospital psiquiátrico no Brasil, a inserção desta idéia, no plano do debate psiquiátrico, marca uma grande diferença. Eu quero

dizer para vocês que, não tenho dúvidas, do ponto de vista histórico inclusive, a afirmação coletiva, por um movimento social, em torno da idéia de uma sociedade sem manicômios, foi fundamental para possibilitar um conjunto de processos que nós vivemos hoje. Sem este corte, sem esta ousadia de fazer ruptura, que se estabeleceu num dado momento, possivelmente, nós não teríamos avançado tanto. A clareza das idéias e dos propósitos é fundamental para o avanço das coisas.

Foi trazido aqui, com muita força, o fato de que o processo da Reforma Psiquiátrica é, efetivamente, um processo extremamente complexo. São vários os planos de pensamento, são vários os planos de intervenção que interagem na composição e na construção deste processo. Ontem, o Desvial nos falava disso. Mas, sem dúvida nenhuma, operar num processo complexo como este, sem uma definição política, sem uma tomada de posição, sem fixar e estabelecer qual é a relação que vamos manter com a existência deste estabelecimento, é uma tarefa, se não impossível, heróica. E eu não quero pensar que a Reforma Psiquiátrica está colocada no plano do heroísmo. Eu recuso, hoje, o lugar quixotesco que, muitas vezes, foi o único lugar que nos foi dado como possibilidade identificatória. Hoje eu recuso este lugar. Por quê? Porque esta utopia, na medida que ela se afirmou politicamente, se tornou possível, através de muitos efeitos sociais. E nós temos em pouco mais de uma década, construído um patrimônio que, olhados sob esta perspectiva, nos faz absolutamente vitoriosos, sobretudo na disputa deste plano da hegemonia do pensamento.

Hoje é possível reunir uma mesa de governo em torno deste objeto. E discutir isto aqui, com status de um problema importante, do ponto de vista técnico, do ponto de vista político, do ponto de vista ético. Estamos aqui, agora, e esta possibilidade é aberta pela radicalidade que decide romper com o manicômio, porque entende que o manicômio é irreformável e que o manicômio é desnecessário. E que, se o manicômio ainda mantém a sua força e a sua potência, é que ele estará vinculado, sem dúvida, conforme coloca o folder deste evento, a interesses que são menores, a interesses que são da ordem do particular, a interesses que não dizem respeito à dimensão do público, do coletivo, da sociedade. Penso que afirmarmos a necessidade de uma tomada de posição – e eu quero crer que este Seminário indica esta direção. Uma tomada de posição, sem dúvida, facilitará muito o trabalho. Depois que nós definirmos o rumo, depois que nós conseguirmos apagar as ilusões de que talvez este equipamento, constituído pelo hospital psiquiátrico, tenha que subsistir porque, se meu NAPS não der certo, enfim, eu sempre tenho a chance de mandar internar os loucos, então a nossa caminhada se fará com mais aceleração.

Eu queria discutir, por último, uma questão: de que precisa alguém que sofre agudamente? O que é que precisa alguém que tem uma crise grave? Eu gostaria de dizer que, dentro de toda Medicina, quando alguém tem uma crise grave, quando alguém sofre muito, ele precisa de uma intensificação de cuidados. Eu queria abolir da nossa discussão, a falsa polarização de que tem que internar versus não tem que internar, porque isto é secundário, em certo sentido. Vamos todos fazer um grande acordo: quem sofre agudamente precisa de intensificação de cuidados. E nós sabemos que o hospício só intensifica o abandono e o descuido. Nós sabemos que perambular numa ala de um hospital psiquiátrico não significa nenhuma intensificação de cuidados. Se eu tiver um infarto aqui, por favor, me levem para uma UTI super sofisticada, onde eu possa receber o benefício desta tecnologia. Agora, se eu disser para vocês que estou me sentindo muito deprimido, com muitas idéias de morte, eu gostaria que alguém pegasse na minha mão e falasse: "Fique tranquilo, eu estou com você. Nós não vamos deixar que isto aconteça, não vai acontecer".

E eu acredito que é este efeito que nós temos que buscar produzir nas pessoas que sofrem. Não vou discutir qual é a arquitetura da casa, qual é a arquitetura do espaço onde isto vai se dar, porque esta questão, acredito, fica secundária. Com isso nós abolimos a discussão: "Tem que internar, não tem que internar, é preciso, não é preciso" É preciso garantir disponibilidade humana, arquivada e facilmente acessível. Talvez arquivada não seja um bom termo, mas armazenada, guardada, disponível num certo lugar, para que os sujeitos que sofrem possam ter acesso a isto. Eu acredito que tomar

uma decisão política, frente à ruptura com o manicômio e tomar uma decisão política frente à organização de recursos que se coloquem como disponíveis para a intensificação dos cuidados, poderia resumir uma plataforma que, obviamente, no seu desdobramento prático, há de se complexificar em muitas ações, recortes, detalhamentos, táticas e estratégias. Mas, eu acredito que o ponto de partida, sem dúvida nenhuma, é uma tomada de posição política em relação ao hospício e uma tomada de posição ética em relação ao sofrimento.

## Manuel Desviat

*Debatedor*

Consultor de Saúde Mental da OMS  
e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madrid, Espanha

Boa tarde. Me parece evidente que existe um acordo entre todos os expositores desta Mesa. Um acordo que é absolutamente claro: o hospital psiquiátrico não pode ser transformado, portanto, tem que ser fechado. Sem dúvida, este é um antigo debate, desde o início da Reforma Psiquiátrica, e que se repete cada vez que a Reforma encontra algum tipo de dificuldade ou algum tipo de situação que não caminha no mesmo sentido dela.

Evidentemente, desde o final da Segunda Guerra Mundial até hoje, nos diferentes países onde se iniciou o processo de Reforma, muitas coisas se transformaram. De modo geral, em todos eles, as coisas mudaram muito e uma das exigências principais para a Reforma Psiquiátrica, para o fim dos manicômios, foi o fortalecimento dos laços sociais, o princípio da solidariedade social, a necessidade de serviços públicos equitativos, universais. Tais princípios estão sendo, pelo menos, questionados, em boa parte dos países de Primeiro Mundo.

Outra questão que surgiu na Mesa, e que me parece importante: nem tudo vale, e não somente não vale tudo – porque não vale o hospital psiquiátrico – e tampouco vale tudo o que possa vir a fechá-lo. Existem formas de fechar o hospital psiquiátrico que vêm sendo mais prejudiciais do que deixá-los permanecerem. Porque significam um abandono, uma miserabilização, e isso aconteceu e não é simplesmente uma crítica negativa à Reforma. Estávamos dizendo, outro dia, que, para fechar um hospital psiquiátrico tem que se levar em conta as funções que está cumprindo, tanto médicas quanto sociais. Temos que pensar nas moradias, no trabalho, temos que pensar que uma vida digna significa ter o direito a uma casa própria, a um lar protegido. Temos que pensar que, nesta sociedade, sem um trabalho, sem um trabalho mesmo que seja protegido, não se tem nada. Tudo isso temos que ter em mente.

Poderíamos perguntar à Mesa o porque da persistência do hospital psiquiátrico. Eu acredito que uma das razões pelas quais persiste o hospital psiquiátrico é porque está na cabeça, no imaginário, na mentalidade de todos nós, está nos profissionais, na sociedade, nos políticos. Também acredito que mudamos muito a mentalidade da sociedade, dos políticos e dos profissionais. Mas, sem dúvida, as formas de atuação manicomial seguem persistindo, muitas vezes, em nossas práticas aparentemente comunitárias.

Foi apresentado e está absolutamente correto, que existem questões técnicas necessárias e importantes, e que existem questões políticas, também muito importantes. Uma vontade política, evidentemente, que tem que se expressar nos pré-supostos, como

dizia Pedro Gabriel ao falar sobre o financiamento, sobre o repasse do dinheiro investido nos hospitais psiquiátricos aos recursos da comunidade. Porém, tem que ser um repasse real e não fictício. Sem essa reconversão do dinheiro não haverá uma autêntica Reforma. Por que? Porque o sistema psiquiátrico se descapitaliza, não somente não ganha, como perde. Cada leito fechado tem que significar um recurso posto na própria comunidade. Senão, será muito difícil, pois necessariamente o poder gestor vai utilizar esse dinheiro em outras necessidades, em outras urgências, embora esse dinheiro tenha sido conseguido com o fechamento dos leitos psiquiátricos.

Mas além disso, penso, como dizia Venturini, que o hospital psiquiátrico se mantém, também, pelas dificuldades de se encontrar alternativas para a nossa incapacidade de gerar novos programas, novos desafios, novos enfrentamentos para a cronicidade. Ele dizia que o que fazia falta era não só estabelecer programas, mas que esses programas fossem pertinentes, que esses programas fossem adequados aos pacientes. A primeira coisa que temos que pensar quando um paciente, um doente mental, procura o serviço de saúde mental e o abandona é se o programa que estamos aplicando é pertinente, é adequado, se o paciente o entende. Muitas vezes a linguagem que estamos utilizando é muito diferente, minha linguagem é diferente das meus filhos. Às vezes não entendo absolutamente nada do que dizem. Tenho que poder entendê-los para poder atender suas demandas, para poder escutar. Nem sempre o técnico da saúde mental está entendendo. A Saúde é muito paternalista, queremos impor nossas idéias, queremos impor nossa idéia de cura, nossa idéia de qualidade. Acreditamos que, às vezes, estamos tratando com muita qualidade um paciente e ele pode não sentir o mesmo. E mais, pode nem ter a necessidade de tratar-se e, além disso, nem estar criando um problema para a sociedade, para que a sociedade exija tratamento. Há quantidades de exemplos nos estudos de Qualidade Subjetiva que fazem ver que, muitos dos programas que aplicamos não são exitosos, porque não estão chegando aos nossos pacientes.

Eu creio que, propor a montagem de novos recursos passa, indiscutivelmente, por propormos onde e como. Onde, parece que a Mesa deu uma resposta absoluta. Onde? Fora da cronicidade. Onde? Fora de onde não há dignidade. Onde? Fora de onde há alienação, a alienação do isolamento, a alienação da enfermidade mental e a alienação da miséria na qual se transita e se vive no hospital psiquiátrico. Ou seja, onde, está claro. A reabilitação psiquiátrica surge com o processo da desinstitucionalização. Para vencer a cronicidade psiquiátrica não tem sentido que coloquemos pessoas para cronicá-las e dentro deste hospital criemos estruturas para descronicificar. Isso é algo que ninguém, minimamente sensato, poderia pensar investir seu dinheiro num programa deste tipo.

Eu tenho a impressão, e tenho a impressão pelo meu país, que os programas que estão sendo desenvolvidos lá e em outros lugares da Europa, estão, muitas vezes, meramente, deslocando nossa prática manicomial para as estruturas comunitárias. Tenho a impressão que, chamamos de comunitário o fato de colocar um consultório, escutar o paciente fora do hospital. Porém, com os mesmos métodos, ritualizando exatamente o mesmo procedimento, consultas marcadas cada 15 dias, como uma espécie de estereotípia que, realmente, não rompe a distância entre o paciente e o médico, psicólogo ou terapeuta. Creio que, este descentramento que falavam os companheiros da Mesa, essa mudança de mentalidade que significa atender à crise, atender e entender o que se sucede com a população, essa mudança de sujeito individual para sujeito coletivo – que significa a Psiquiatria Comunitária – está acontecendo em poucos lugares do mundo.

O nosso discurso é um discurso que rompe, radical, progressista, porém, os hospitais psiquiátricos permanecem, e permanecem suas bolsas de dinheiro e de miséria. Não porque não somos eficazes. É hora de colocar aos políticos, à sociedade e a nós mesmos, que o hospital psiquiátrico não tem sentido, nem técnico nem social. O manicômio responde a um estado anterior, responde a uma formação social anterior. Corresponde a um sistema sanitário que é o da beneficência, corresponde a um sistema sanitário, que não é o da atualidade, praticamente, em nenhum país do mundo. Em muitos países, vemos ao mesmo tempo, dois tipos de sistema e dois tipos de ética. Um

tipo de ética para o primeiro mundo, e um tipo de trabalho e de comportamento para os bolsões de miséria do primeiro mundo, cada vez maiores, e para os países que estão em desenvolvimento ou países, como se diz atualmente, de renda baixa, para dissimular o termo miséria absoluta.

Não quero me estender muito mais, apesar de ser um tema apaixonante. Eu queria simplesmente assinalar uma série de questões que colocaram os companheiros. Uma: Marcus Vinícius falava de que no fundo é uma questão de poder. Eu creio que é verdade! É uma questão de poder, porém, o poder em nossa sociedade é extremamente complexo. Se entendermos que a capacidade de poder em uma sociedade democrática está difundido, nós temos poder. A sociedade civil organizada tem poder! Mas tem que fazer sentir este poder. Se há algo que acredito importante na Reforma de vocês, excluindo as reformas técnicas semelhantes à de qualquer parte do mundo, é que vocês foram capazes de dotar-se de uma série de organizações, de organizações importantes que englobam a sociedade civil. A sociedade deve estabelecer, dentro de suas prioridades, que não é possível deixar fora dela mesma, uma série de pessoas, simplesmente porque têm uma enfermidade, porque têm um sofrimento. A sociedade tem que entender e assumir isso, dentro de suas prioridades, de uma forma absoluta.

E agora finalizo. Eu creio que o debate, já dizia Marcus Vinícius, tem que estar para além da Psiquiatria e para além dos profissionais da saúde mental. Para que haja uma sociedade sem manicômios tem que ser uma sociedade que não produza exclusão, que aceite ao outro, às pessoas que não vivem e que não têm as mesmas normas que o resto da maioria dos cidadãos.

Muito obrigado.

## Debate

### PERGUNTA:

Sou Paulo Amarante. Hoje, agora, de manhã, de tarde, eu estou vendo falar muito, até o Gastão falou, sobre essa discussão da clínica. Sempre se fala: é preciso discutir o conceito de clínica ampliada, de ampliação do conceito de clínica e tudo mais. Eu acho que esse é um tema que tem que ser aprofundado também. Porque, nessa discussão da superação do manicômio, a superação do modelo manicomial, do modelo de conhecimento, do modelo de lidar com o sofrimento psíquico, a clínica também deve sofrer um processo fino, um processo profundo de desconstrução. Eu acho que um dos construtores do modelo manicomial é a clínica, tanto a clínica constituída dentro do manicômio quanto a clínica que se expandiu para fora do manicômio. Um dos riscos importantes nas experiências de Reforma, aprendi isso lendo, relendo o livro do Manuel e outras experiências valiosas, é que esses novos serviços, essa chamada rede territorial ou rede comunitária, acabou captando mais formas de apropriação dos comportamentos sociais e tudo mais, e acabou, em certo sentido também, renovando o arsenal terapêutico da psiquiatria - aquilo que você falou agora da psiquiatria reformada e renovada. Quando se fala nessa "a clínica" você sente em alguns, uma certa composição de que a clínica é que tem que ser renovada para esse novo papel e às vezes ela está é renovando a capacidade de captura, a capacidade de administração do mesmo modelo.

### MANUEL DESVIAT:

Sim, eu estou de acordo com Paulo, de que a Reforma Psiquiátrica é fundamentalmente uma reforma organizativa. Eu creio que já existe uma cultura sobre a Reforma importante, e já temos estabelecido procedimentos importantes, mas não são suficientes para mudar a clínica. Se a clínica tivesse mudado, seria como uma ruptura equivalente a não existir mais hospital psiquiátrico. Então, a irreversibilidade do processo da Reforma se dará quando houver uma ruptura na clínica que crie um novo modelo clínico. Eu creio que há esboços de um novo modelo clínico, mas não suficientemente importantes para que faíamos de que há um novo paradigma ou uma nova forma de entender. Isto é o que faz com que muitas vezes o debate seja falso: por um lado, um tipo de Psiquiatria que coloca que a ciência, a verdade, está neles, está nas pessoas que defendem um modelo mais positivista, mais biológico; e a isto se contesta com um discurso social no qual se coloca exclusivamente o fechamento do hospital ou a Reforma. Acho que a Psiquiatria biológica tem um discurso reducionista, que só faz uma neuropsicofarmacologia, mas também, de outro lado, do comunitário, existe o risco de que, a única coisa que estejamos fazendo seja proposta social e não propostas clínicas, que modifiquem a nossa prática diária.

MARCUS VINÍCIUS:

Eu gostaria de recuperar o conceito que a Fernanda trouxe hoje, e que eu acho que é uma coisa preciosa para análise. Muitas vezes nós não tiramos todas as consequências que um conceito nos permite. A Fernanda hoje falava da desinstitucionalização: que alguns, às vezes, tomam a desinstitucionalização como a abolição de todas as instituições ou como a abolição das instituições, e que isso é prejudicial para o debate. Ela colocava, muito adequadamente, de que na verdade trata-se de produção de novas instituições que possam estar comprometidas com a liberdade. Eu queria trazer um pensamento, que eu acho que fica agregado a esse: na leitura de Basaglia a gente percebe muito claramente que, tendencialmente, toda institucionalização que a cultura e a sociedade produz para lidar com a loucura, tende a capturar e ser opressiva com a loucura. Então, não nos iludamos, porque qualquer esforço que nós vamos fazer - e me lembro do gesto paradigmático do Pinel, "liberando" - e, podemos pensar que os nossos gestos nos NAPS, CAPS são liberadores, temos que lembrar que esta tensão está permanentemente instaurada.

As instituições se produzem num ato de nomeação, que traz em si mesmo uma posição no mundo para a coisa. A nomeação define um lugar, uma ação junto da coisa. Então, eu concordo que nós podemos taticamente recortar uma dimensão do processo de invenção e chamar esse recorte de clínica, tomando o cuidado de fazer como o Gastão - clínica - ou seja lá com o que se diz isso, ele brincava conosco hoje - nós podemos até fazer um recorte e dizer: estamos aqui nomeando desta maneira esse espaço, onde nós vamos buscar o desenvolvimento dos artificios. Mas nós temos que saber que na medida em que esses artificios se consolidam enquanto uma instituição, nesse momento, eles passam a ser, percebam bem, tendencialmente, opressivos em relação ao distúrbio e ao transtorno. Porque a loucura representa para o grande quadro cultural no qual nos movimentamos, para o grande quadro cultural que torna possível a vida social, uma posição de alteridade radical. É isso que é loucura, porque o resto que entra dentro do quadro de alguma forma, nós chamamos com outro nome. A gente reserva a loucura para dizer disso que não se enquadra, que não se encaixa, que rompe com o enquadre que a cultura nos disponibiliza. Acho que a recomendação do pensamento de Basaglia é paranoia, paranoia revolucionária. Temos que ter permanentemente, quando lidamos com isso, um olhar paranoico em relação às nossas produções e ao potencial efeito das nossas produções. A gente tem que pensar assim: de alguma forma a gente está capturando e vamos tentar mediar e aliviar e diminuir e, enfim, e sermos permanentemente libertários. Não tem conforto, entenderam? Não dá para sentir e dizer: "inventei, e agora está aqui e a tecnologia é essa, vamos aplicar". Porque permanentemente essa tecnologia tem que ser reinventada, repensada e permanentemente nós temos que fazer um movimento de autocritica das tecnologias que nós vamos seguindo produzindo. Então, eu acho que a ideia de desinstitucionalização é uma atitude paranoica que olha para todas as produções feitas com as melhores intenções, suspeltando de que estas produções, em algum lugar, devem estar fazendo uma sacanagem com a loucura, em algum lugar devem estar ferrando a loucura. E eu acho que assim nós podemos pensar clínica, podemos pensar NAPS, CAPS, podemos pensar. Porque assim vamos pensar que o próprio hospital psiquiátrico é uma expressão de um dado momento em que a sociedade institucionaliza o modo de relação com a loucura, e deu no que deu e a gente conhece bem.

PERGUNTA:

Meu nome é Roseli, sou médica sanitária e eu queria falar um pouco da questão do Programa de Saúde da Família, que foi levantado pelo Pedro. Primeiro, pontuar que o PSF hoje, é estratégia do Ministério da Saúde para a atenção básica em todo o país, e que de uma certa forma, embora as leis orgânicas do SUS digam que o município tem autonomia de decidir o seu modelo, o Ministério acaba impondo-o pela via do financiamento, na medida em que ele repassa uma verba diferenciada para os municípios que implantam a sua proposta de atenção básica, que é o PSF. Nas experiências que a gente tem visto, e não tem muitas experiências de saúde da família

em grandes cidades, o único agente de saúde que está indo nas casas das pessoas, de fato, é o agente comunitário de saúde. Sabemos que na prática, os médicos e os enfermeiros não estão indo nas casas das pessoas, eles estão ficando nos centros de saúde e quem está indo efetivamente é só o agente comunitário de saúde.

Uma outra coisa que a gente percebe, e eu percebo hoje em Belo Horizonte, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como trabalhadora - não estou em nenhum lugar de gestão - é um certo movimento dos profissionais, movimento corporativo para entrar nas equipes de PSF por causa do salário diferenciado. O médico de saúde da família, por exemplo, vai ter um salário em torno de R\$4.000,00; o enfermeiro que hoje na rede tem um salário de R\$1.000,00, vai ter um salário de mais de R\$2.000,00. Então a gente vê o movimento dos farmacêuticos, dos dentistas e das categorias profissionais para entrarem no PSF, principalmente em relação a essa questão da diferença salarial. Eu colocaria a questão para o Pedro, eu sei que ele está no Ministério que é um palco de disputa hoje, qual é a diferença que existe entre a questão da inserção das equipes de saúde mental no PSF e nos centros de saúde? Não é a mesma discussão do papel das equipes de saúde mental na rede básica, na medida que o PSF é uma proposta de atenção básica?

E uma outra questão também. O agente comunitário, implantado com grande sucesso no Nordeste, porque lá tiveram uma atuação direcionada para a questão da diarreia e saneamento básico, por definição, é uma pessoa da população que teoricamente teria uma condição melhor de se relacionar com o povo e de ouvir suas queixas, mas o que ele vai poder fazer em relação a isso, na medida em que a sua equipe de retaguarda é uma equipe biologicista, a equipe do Programa de Saúde da Família é médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa é a equipe. Eu pergunto: se a saúde, com todo o avanço que já teve - até essa própria visão que nós já quebramos, daquela atenção primária, secundária, terciária, aqueles níveis hierárquicos rígidos, hoje também você tem centros de saúde com terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, com uma série de categorias que amplia essa possibilidade de visão do que é saúde, do que é o processo de saúde e doença, de que forma seria feita essa incorporação, na medida em que a saúde mental, hoje, para o Ministério, é uma atenção especializada? Quer dizer, não viraria mais uma coisa de captar clientela para uma atenção especializada? Porque afinal de contas, hoje, qualquer atenção especializada em qualquer região é problema. É uma outra questão que eu queria colocar: se a saúde mental depender de captar recurso de AIH psiquiátrica para se expandir, eu acho que é uma visão restrita. O Gastão falou um pouco disso. Se a gente apostar que, para ampliar serviço de saúde mental, o único recurso é fazer uma transposição do recurso da AIH psiquiátrica para montar os serviços substitutivos, eu tenho minhas dúvidas, porque o gestor municipal quando consegue economizar AIH, se ele economiza AIH psiquiátrica, ele precisa de AIH geral para pneumonia, para cirurgia, para isso e para aquilo, e essa AIH da psiquiatria vai cair na AIH que o gestor precisa para esse tipo de coisa. Quer dizer, vai se continuar denominando de AIH esse recurso? Existe alguma possibilidade de se mudar isso, numa outra visão?

#### PEDRO GABRIEL:

A Roseli coloca duas indagações, dois comentários. Vou falar rapidamente da questão da AIH, porque eu quero falar principalmente do problema da saúde da família. Eu acho o seguinte: não deve ser visto como a única forma de financiamento, sem dúvida. Eu acho que 500 milhões de reais ao ano são recursos insuficientes para um programa de saúde mental. Só que eles, além de serem insuficientes, são utilizados erroneamente, porque quase 90% são utilizados por um único modelo. Poucos gestores têm mudado esta lógica, e muito recentemente. Até dois anos atrás, se falasse que um gestor municipal poderia utilizar recurso da AIH para serviços comunitários, as pessoas responderiam que havia um entrave de natureza legal, que isso não podia ser feito. Aí se descobriu, fomos procurar o entrave legal, não existe nenhum entrave legal. É um puro fantasma de que são dois sistemas de saúde, o sistema AIH e o sistema SIA, mas o gestor pode fazer isso. Eu observei que, quando você passa para o gestor a idéia de que

aqueles recursos são recursos que podem ser remanejados, o gestor de saúde passa a se interessar pela saúde mental, ele passa a achar que ele tem o que dizer na área da saúde mental, ele passa a achar que pode, de fato, produzir um programa municipal de saúde mental com os recursos existentes. Se nós fizermos essa mudança de AIIH para o sistema SIA, nós vamos reduzir os hospitais psiquiátricos no Brasil. E, não vamos reduzir de cima para baixo porque não se consegue reduzir, não está se conseguindo, mas reduzir por conta do remanejamento deste financiamento. Não pode ser, estou de acordo, Roseli, não pode ser a única fonte, isso não pode ser uma solução para o financiamento, mas é um mecanismo de refinanciamento, isto é, é um mecanismo de mudança de remanejamento do dinheiro dentro daquela lógica que o Desvlat mostrou aqui ontem, que é uma afirmação do Benedito Saraceno: o dinheiro segue o paciente. Os pacientes mentais graves no Brasil, que estão no sistema hospitalar, podem ser remunerados no seu atendimento extra-hospitalar com R\$700,00 e, agora mais, quase R\$800,00 mês, que é um recurso bom para se organizar um sistema extra-hospitalar. Então, é só no sentido de dizer que esta é uma estratégia que tem que ser melhor explorada. Se você pensar bem, nós temos alguns municípios que concentram grande número de leitos e que estão renegociando, com municípios do em torno, aquele valor; que antes era um valor que vinha absolutamente rubricado e carimbado e era totalmente intocável. Não se mexia no recurso, era intocável. Agora, o que está se dizendo é o seguinte: como todos os outros recursos, o município é soberano para poder discutir a melhor alocação. Um Ministério Público, lá de Pernambuco, queria que o Ministério da Saúde desse alguma base legal para se garantir que esses recursos ficassem na saúde mental. Eu ainda não sei responder essa questão, porque na verdade, a consulta que eu fiz é de que isso não é bem assim. Não se pode. A gente vive em uma democracia e o SUS é um esforço de democratização de uma política pública. Você não pode chegar e dizer que só pode usar dessa forma. Nós temos que pensar uma saída para que este recurso fique na área da saúde mental.

Quanto à questão do PSF. Eu sou uma pessoa ligada a partidos de esquerda, tenho uma crítica a certas formas como a política social no Brasil, freqüentemente, maneja desejos, aspirações, de uma forma demagógica; partícipe de todo o processo de crítica à estratégia da saúde da família quando ela foi, de fato, uma demagogia explícita como aconteceu em São Paulo, por exemplo, no governo Quéricia, onde não havia uma rede de atendimento e ele quis fazer uma rede à saúde da família. Mas a minha avaliação, hoje, da saúde da família, isso é anterior à minha ida para o Ministério da Saúde, tem a ver com conversas que eu tinha com meu irmão, Luiz Eugênio Delgado, não sei se vocês conhecem, que faleceu recentemente e era uma pessoa que trabalhava, era um gestor municipal de saúde. Aprendi muito com ele essa questão de que a estratégia da saúde da família é radicalmente diferente do que se fazia na rede básica antes com Centros de Saúde. Posso dizer para vocês, na minha experiência pessoal, que a saúde mental na rede básica de saúde, nos Centros de Saúde, foi uma experiência de um fracasso retumbante. A saúde mental nos Centros de Saúde, equipes básicas, equipes multidisciplinares, interiorização das equipes, se fez isso em Minas Gerais, se fez muito no Estado do Rio de Janeiro, se fez isso muito nos anos 70, nos anos 80, foi um fracasso retumbante. Não funcionou, criou uma demanda que era, principalmente, para situações que se definiam como situações de risco, abraçou de uma forma totalmente equivocada a idéia de vulnerabilidade e risco da Psiquiatria Comunitária Americana e desconhecia, olímpicamente, o que se passava nos manicômios. Olímpicamente. Tem uma cidade em Pernambuco que se chama Camaragibe, administrada por um partido de esquerda e já há algum tempo ela tem um Programa de Saúde da Família, que é um pouco um PSF que vem dessa primeira tradição da rede básica, onde existe PSF e um hospital psiquiátrico com 1.000 leitos, também intocável. Então, o meu raciocínio é o seguinte: o modelo anterior dos Centros de Saúde convivia perfeitamente com a idéia de que existe uma demanda para a saúde mental, que é uma demanda meio de problemas tratados a partir de grupos, grupalização, idéia de risco, por exemplo, adolescente de risco, etc.

Hoje eu vejo o PSF sim, como uma política de financiamento do sistema de saúde; sem dúvida, é uma maneira de financiar, de distribuir recursos para os municípios. Segundo: é

uma forma de reorganização do sistema, e aí, a idéia da saúde da família está entrando nos grandes centros, você tem razão, porque começou como uma coisa meio nordestina. Provavelmente, começou com a idéia também de manipular um pouco corações e mentes, oferecendo pequenas soluções, mas, hoje, é uma rede que tem, como eu disse, 11.500 equipes; vai ter 20.000 equipes nos próximos meses; a cobertura está em 3.500 municípios. A discussão que se faz em relação à introdução da saúde mental é de que essas equipes de saúde da família terão que ser capacitadas, e capacitadas não apenas na aquisição de habilidades e de conhecimento, mas também capacitadas no sentido de equipes de suporte para poderem atender as situações graves de saúde mental. Isso é um desafio, não há respostas prontas em relação a isso, mas certamente não é a mesma coisa de fazer equipes de saúde mental que atendiam apenas as situações que não eram aquelas colocadas como as prioridades. Eu tenho a esperança de que a questão da rede básica seja uma forma de se enfrentar o problema da concentração do atendimento no hospital psiquiátrico. E hoje também não é uma coisa brasileira. A Conferência Mundial de Saúde, que aconteceu em maio, teve como tema central, embora não tenha sido o tema que tomou, digamos, a emoção da Conferência, porque foi a questão das drogas para Aids, certamente, foi esse contencioso que se dá no plano da globalização, que é quanto custa a sobrevivência. E foi realmente uma coisa muito impressionante, muito importante que se tenha debatido isso lá, com a posição vitoriosa do Brasil na questão das drogas da Aids, os anti-retrovirais. Mas o tema central que foi discutido era de que a saúde mental não é uma especialidade, como Roseli estava falando, não pode ser vista como uma especialidade, apondo o básico às especialidades, mas o grande esforço que a gente tem que fazer é para tomar a saúde mental como alguma coisa da atenção primária, como alguma coisa da rede básica, e não como uma especialidade, que se pensa sempre como uma coisa meio do secundário. E na verdade, não é pensar mais na questão de referência/contrareferência e essa idéia sistêmica, mas pensar na idéia de Rede. Então o básico, no sentido da introdução do PSF, não é no sentido de colocar primário, secundário e terciário, mas, de fato, de mudar o alcance, o âmbito e a abrangência da atenção em saúde mental, e aí eu acho que a gente vai tocar o dedo na ferida do problema, que eu estava mencionando para vocês, que é o problema do acesso. É claro que vai haver muitas dificuldades e muitos problemas. Já estão ocorrendo, por exemplo, já existe um forte movimento no sentido da inclusão de alguns profissionais especializados, em nome da idéia da inclusão da saúde mental no PSF, que vai ser um dos problemas que nós teremos que enfrentar. Tudo isso é bastante experimental, mas tem que ser feita, porque já existem experiências que mostram bons resultados. A experiência do projeto QUALIS, em São Paulo, é uma experiência incipiente, no sentido da saúde mental, mas já mostra bons resultados no sentido do manejo das situações mais graves pela equipe básica. Eu acho que a gente deveria investir nisso. Mas gostei das suas observações porque eu acho que é o PSF um programa que deveria mesmo ser muito debatido.

#### PERGUNTA:

Meu nome é Elian, sou psiquiatra da rede pública. Parte das minhas questões para o Pedro, sobre atenção básica já foram respondidas mas o que eu posso dizer é que a gente tem convivido com o excesso de demanda na atenção primária. A gente não tem condição de atender todos os pacientes. Eu ainda não consegui ver como isso vai mudar, eu ainda não consegui ver uma solução para isso. Eu acho que isso pode levar a não dar certo plano nenhum, nenhuma idéia que possa mudar a nossa realidade.

#### PEDRO GABRIEL:

A gente fez um Seminário sobre essa questão, chamando várias experiências e um tema recorrente é esse. Na medida em que o PSF, muitas vezes, é o sistema de saúde disponível, ele acaba sendo absolutamente premido e avassalado pela demanda. As pessoas colocaram isso: como é que nós vamos atender ainda estes outros casos se já não damos conta da demanda que existe atualmente? E aí, é um problema complicado

mesmo, porque não se trata apenas de aumentar o número de equipes, mas tem alguma coisa que tem a ver com a estrutura dessa demanda, que é uma coisa que está além da questão da saúde. O PSF acaba sendo a presença do Estado em lugares onde não há Estado e acaba sendo, segundo estes relatos, um lugar onde se demanda tudo. Só um comentário super rápido sobre uma experiência na periferia de Vitória. Vitória é uma das quatro regiões metropolitanas do Brasil com os piores indicadores de violência. As outras são: Rio, São Paulo e Recife. Tem uma experiência de uma região da periferia de Vitória, que mostra uma redução importante dos indicadores de violência (homicídios por 100 mil habitantes, estupro, violência doméstica, etc.) concomitante à implantação do Programa de Saúde da Família. Você não pode tirar uma conclusão de natureza epidemiológica tipo causa e efeito, mas há uma concomitância que parece muito interessante, ou seja, eu acho que é uma coisa muito importante de ser discutida.

PERGUNTA:

Eu me chamo Miriam, sou psiquiatra da rede de saúde mental de Belo Horizonte, do Cersam Barreiro. Eu gostaria de dirigir minha pergunta ao Pedro e ao Venturini. Realmente, a experiência da criação de uma nova atenção à saúde mental, que é possível no serviço aberto, traz também quais são os impasses a superar neste serviço, porque existem os impasses da clínica no hospital psiquiátrico, impasses a superar, e muito mais até, no serviço aberto. Por exemplo, a questão que me preocupa muito no serviço aberto, é como lidar dentro do respeito ao sujeito, da escuta do sujeito, com o consentimento do sujeito, diante de uma iminência de passagem ao ato, por exemplo, uma situação de risco, que aí, a questão, é internar, seja no CERSAM 24 horas, ou num lugar que funcione, que abarque esse paciente à noite, ou seja numa situação que o proteja de passar ao ato. Então, assim, quando se coloca a questão do consentimento do sujeito num serviço aberto, a gente não lida como num hospital psiquiátrico, que já tem a segurança para pegar, dar gravata e amarrar; não é assim. Eu acho que esse é um desafio. E dentro dessa questão de serviço aberto, eu me pergunto muito pelos casos paradigmáticos da saúde mental. Seriam paradigmáticos em qualquer instituição, no aberto ou no fechado. Por exemplo, os casos judiciais, cada vez mais, que são casos que a gente não pode fechar a porta, em detrimento dos outros que estão livres; os toxicômanos, que a gente sabe, super complicada a convivência deles com os psicóticos, dentro do serviço aberto, e nós não temos uma política municipal de acompanhamento dos toxicômanos, só da FHEMIG, que também pede vaga para internar, porque está passando ao ato. Então, eu acho que é muita coisa a inventar e a criar no serviço aberto, que é muito mais rico. As coisas mais importantes que conheci no serviço aberto, foram a referência, que é o compromisso, é a implicação do profissional, é o profissional realmente estar presente e também o trabalho em equipe, o aprendizado com outros saberes.

Enquanto houver hospital psiquiátrico, o serviço é alternativo. O serviço só vai passar a ser substitutivo no dia em que acabar o hospital psiquiátrico. Eu não conheço Betim, mas imagino que Betim é assim, porque lá não tem hospital e não recorre, também, aos hospitais de Belo Horizonte. Então eu acho que a questão que também me coloca no sentido da saúde pública, que o grande heroísmo até, não é lidar com a questão da loucura, apesar de termos que ter muita coragem, o grande heroísmo é lidar com a escassez. Está muito difícil lidar com a escassez, está muito difícil não ter para onde mandar à noite, e outras questões. Eu acho que Belo Horizonte precisa, imediatamente, de um plano emergencial, municipal, de investimento financeiro no serviço substitutivo. Temos que tirar uma proposta daqui. Porque não é mais possível os Centros de Saúde funcionarem da forma como estão funcionando. São 300 a 500 pacientes marcados de 3 em 3 meses, que procuram a urgência do hospital psiquiátrico, que é pronto atendimento e tem alguém para escutá-los e pode passar uma receita. Quer dizer, os trabalhadores que estão nos Centros de Saúde não estão suportando. Se a clínica já é insuportável, as condições de trabalho estão piores ainda, e eu acho que também é um fator de doença, e que quando a gente fala da transformação de todos nós, eu acho que estamos tendo que pensar nas condições de trabalho favoráveis para nos transformar.

A minha última questão. O Marcus Vinícius coloca a questão do romper. Eu fico muito preocupada com essa palavra, quando se pensa que a segregação é discursiva, que a questão da segregação já se coloca, pode se colocar, de antemão na linguagem. E como é que se diz romper, quando, por exemplo, o Gastão coloca, que não é só pegar recurso da AIH, vai ter que se haver com alguma coisa que existe no hospital, seja os trabalhadores que deveriam ser remanejados, seja o espaço físico. O que fazer? Então, quando eu penso ruptura, eu acho que é uma palavra que tem a ver, que cabe, pois as coisas não coexistem mesmo, mas eu acho que dá um sentido de segregação discursiva, de exclusão do discurso do outro, e que eu acho que vamos ter que ter algum diálogo possível para a transformação das coisas.

#### PEDRO GABRIEL:

Na verdade, foram colocados três conjuntos de questões. Eu vou fazer só um comentário. Acho extremamente relevante o que ela falou, e acho que nós estamos vivendo uma situação, me parece, pode ser uma coisa assim meio insana, também, mas eu acho que o Brasil está vivendo uma crise social sem precedentes. Sem precedentes, não, tem os próprios precedentes, mas agora chegou a um certo nível. Ontem eu assisti a cenas de violência na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, nem sei se saiu nos jornais direito, porque eu nem li os jornais hoje. E foram violências, que eu, como testemunha, digo para vocês, que quem começou foi a polícia. Não sei como é que saiu no jornal, qual vai ser a versão dos fatos. Mas eu acho que exprime uma situação meio de desespero; é uma situação diferente, digamos, dos países desenvolvidos, e acho que a saúde mental está na linha de frente. E quando a gente pensa também a questão do PSF, é um pouco colocar essa linha de frente mais à vista, mais visível. Então eu acho que sim, nós temos que pensar alguma coisa de uma solidariedade entre nós, de estabelecer mecanismos de auto-proteção, auto-defesa. Um deles é essa situação que ela coloca do consentimento do paciente, das situações de violência, das situações de passagem ao ato e tal. Eu acho que a gente tem que trazer para o nosso debate, também, essas situações, para que ela não se sinta muito isolada e desamparada quando vive situações que está todo mundo vivendo nos programas de atenção diária. Nós estamos na verdade, fazendo um investimento na questão dos direitos e da cidadania que não se faz em outras políticas sociais. Essa é que é a questão. Eu tenho um exemplo do Rio de Janeiro, de ontem ou antes de ontem, da equipe de um CAPS que passou a tarde em uma delegacia para resolver situações. Isso está virando muito corriqueiro, muito freqüente. Não existe outra advocacia para estas pessoas, que não o programa de saúde mental. Essa é que é a questão. Não é só o problema de como lidar com o consentimento do paciente. É que também, os programas de saúde mental estão sendo, me permitam uma expressão do Castel, o social de um país sem social. Isso está caindo nas costas das pessoas que fazem, que são os operadores da linha de frente. Eu acho que a gente tem que pensar uma maneira de fazer disso um debate mais conseqüente. Acho que essa discussão puramente para o campo da clínica, aí eu quero compartilhar, em parte, do que o Paulo Amarante estava dizendo, ela não é suficiente. A gente tem que pensar, também, que temos que criar outras formas de descrição da nossa angústia, quando nos defrontamos com essa situação de guerra civil, que o nosso país vive, e nós estamos numa linha de frente que é a linha de frente do atendimento nesse serviço de atenção diária. Os relatos que o Lancetti faz, do Projeto Qualis, são relatos em que existe, sim, a psicose, mas existe principalmente a violência. Eu não sei se é a psicose, nós sabemos disso, esse reducionismo de psicose explicar a violência. A violência é explicada por um contexto de violência, uma coisa meio de uma situação social à beira de uma ruptura. Então, eu só queria, na verdade, é compartilhar a angústia da Miriam, quando ela fala nessa questão do excesso de demanda, de como fazer com a situação do consentimento do paciente, esses limites que são éticos mas que são, no limite, também heróicos, certamente são heróicos.



Desconstruindo o Hospital Psiquiátrico:  
Invenção em Curso

---



## Ementa

Como crítica já comum aos defensores dos serviços substitutivos, costuma-se dizer que, na falta de argumentos sérios para suas propostas, nada mais fazem senão inventar.

Ora, da parte que nos toca, modificamos esta proposição, dando-lhe outro sentido: não há justamente, argumento mais forte para o fim do hospital psiquiátrico do que o vigoroso poder de inventividade gerado pelo trabalho de sua desconstrução.

Neste processo de desconstrução do hospital, temos de início um duplo movimento: uma entrada para a internação a impedir, e uma saída dela a encontrar. Assim, interessam-nos dois tipos de experiência, que confluem num mesmo objetivo: por um lado, a criação de serviços abertos para o atendimento das crises, capazes de evitar a internação hospitalar - os NAPS, CAPS, CERSAMs; por outro, os chamados serviços residenciais, que permitem a saída do hospital para aqueles que ali cronicam sua vida, na ausência de alternativas sociais e familiares que lhe permitam de fato encontrar-se no mundo.

Contudo, a necessidade deste duplo movimento não nos pode fazer reduzir a desospitalização a um fluxograma burocrático, onde se trata simplesmente de não internar os agudos e dar alta para os crônicos: a própria divisão entre crônicos e agudos é insuficiente para dar conta da vasta gama de ações que nos são exigidas para a desconstrução dos hospitais. Afinal, se não internar significa muito, não significa o bastante se não abre ao portador de sofrimento mental, seja qual for sua nomeação psicopatológica, a dimensão do projeto, do empreendimento, da produção.

Neste sentido, um modelo assistencial digno deste nome sabe bem que as ações necessárias não se esgotam no âmbito da assistência: fazem interface com outros setores sociais, convocam a dimensão da cultura, do trabalho, do direito; e nestas esferas, mais do que nunca, nossa inventividade se convida ao trabalho.

Quando não desejamos excluir aquilo que sempre encontrou a exclusão como resposta, temos, naturalmente, que inventar outras formas de responder: e quão férteis têm sido estas invenções! Se os exemplos mineiros não nos bastam, temos o testemunho de colegas do Brasil e do mundo, com os belos horizontes que nos ajudam a descortinar: apostamos na contribuição desta Mesa Redonda para apostar sempre e mais na rigorosa disciplina da invenção.

**Comissão Organizadora**

**Willians Valentini**

Superintendente do Instituto "Dr. Cândido Ferrerira", Campinas, SP

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer ao convite que recebi dos organizadores do evento, dizer da minha alegria de poder reencontrar companheiros que compartilham a mesma comunidade de sentido – aqui no Brasil, na Espanha, na Itália. Essa comunidade de sentido é resultado da nossa pretensão de promovermos uma alteração radical da realidade, da forma como esta se apresenta a nós. Os sentidos presentes nesse desafio nos unem e quando conseguimos nos re-encontrar reconfirmamos a pertinência a um coletivo único, o dos desmontadores de hospício.

Se pretendemos trabalhar para acabar com os manicômios, o caminho que teremos que trilhar é um processo necessariamente alterativo da realidade. Não basta, para tal, levantarmos as bandeiras de fechamento do hospital psiquiátrico ou de redestinação das verbas ou de redefinição dos papéis profissionais para serem exercidos nos lugares onde vamos trabalhar. Por trás de toda essa teia complexa de relações humanas que sustentam esse campo, o campo do tratamento psiquiátrico, existe um pilar central que a nossa disposição para agir tem que enfrentar. O pilar central, como consigo ver, são os padrões relacionais de que nós somos herdeiros e que repassamos para as gerações que nos sucedem.

O padrão relacional predominante na interação do profissional de saúde com as pessoas que apresentam transtornos mentais é, ainda, um desastre. Nós, muito raramente somos estimulados a desconfiar das estruturas que pretendem nos ensinar. Aprendemos, passivamente e retransmitimos automaticamente, uma série de atitudes que no fundo nada mais são do que atitudes de desqualificação do outro, outro este que, ao se aproximar, o faz na busca de receber cuidado.

Então, na origem da relação, na origem da construção dessa estrutura que nós estamos aqui, desde hoje de manhã, exorcizando, dizendo que nós estamos inventando a saída para o fim, etc., essa estrutura nasce da sutileza das relações interpessoais, que na sua exacerbação, levam à exclusão daquilo que a gente não suporta porque não compreende, porque não entende e porque não consegue, ao não compreender e ao não entender, não consegue imaginar o significado da palavra respeito nesse processo.

Em síntese, a transformação que vai ficando clara para mim que tem que se operar, é uma transformação na educação para a convivência; o modo de ver, de pensar e de agir em relação às pessoas que, involuntariamente, se diferenciaram e se distanciaram do padrão.

Tenho experimentado olhar para o mundo a partir de um lugar onde, há 11 anos havia 200 pessoas trancadas. Homens num lugar e mulheres num outro, todos esperando. Esperando a hora do remédio, esperando um dia passar pelo médico, esperando a hora da comida, sendo interpelados para acordar de madrugada para tomar banho, porque

a enfermagem exige que se acorde cedo por causa da organização do processo de trabalho. Gente que, num período de mais de cinco anos passou, progressivamente a não ser mais tratado como coisa.

Eu estou mergulhado num lugar que é chamado na região de sanatório. É conhecido como o sanatório. E nesse lugar, e a partir deste lugar e das pessoas que se encontram ali, nós conseguimos combinar algumas coisas. As peculiaridades deste lugar são: uma área geográfica muito bonita, colonizada por Italianos, chamada Sosas, distrito de Campinas. Hoje esse lugar é um reduto de construção de condomínios fechados para a classe média alta. A população desse distrito movimenta 15 milhões de reais por mês – o que é um poder aquisitivo alto, e resolveu ir morar nesse lugar porque esse lugar é uma área de proteção ambiental.

Há 10 anos, os consumidores de condomínios fechados vêm aprendendo a conviver com os moradores de um outro condomínio fechado, que agora está aberto, a gente conseguiu abrir, que é o tal do sanatório.

Quando iniciamos o processo de abertura do sanatório, decidimos enfrentar a estabilidade interpopulacional garantida pelos pátios fechados. Resolvemos promover a aproximação das pessoas: homens e mulheres, outrora separados pelas "alas", se aproximaram. A partir das aproximações, passou-se a imaginar o que era possível fazer juntos. Muita gente achou que a gente, os responsáveis pelos tratamentos, tinha enlouquecido.

No entanto, a partir do momento em que iniciamos a aproximação destes dois coletivos humanos e reintroduzimos o aprendizado dos nomes das pessoas, das histórias das pessoas, das memórias das pessoas, do respeito aos direitos das pessoas, da busca dos documentos dessas pessoas, da proposta de inventar uma casa, uma casa onde eles pudessem morar e experimentar morar fora da lógica da moradia do hospital psiquiátrico, nós estávamos inventando e instituindo coletivamente uma coragem que nós não sabíamos, naquele momento, que nos acompanharia a todos durante o tempo de 10 anos. Vimos confirmando, desde então, que tudo se inicia quando confiamos nos pacientes e lhes conferimos crédito. Eles são capazes de construir conosco uma aliança que nos ajuda a chegar a portos que nós não imaginávamos.

Enfrentar a Imponderabilidade e a imprevisibilidade é básico para iniciar o fim do manicômio. Não se fecha hospício sem correr riscos. Hoje, aprendemos que os problemas que se nos apresentam são desafios que nos motivam a inventar modos de vencer o problema. Essa atitude de enfrentar os problemas como um desafio, de enfrentar os obstáculos como fonte de aprendizagem, eu acho que é um dos elos centrais que todo mundo vem desenvolvendo e não vem desenvolvendo só no espaço do Cândido; vem desenvolvendo na própria vida familiar, comunitária. Está todo mundo em tratamento. Todo mundo está se libertando. Basaglia quando falou isso, falou com a máxima propriedade. Quando ele disse que a liberdade é terapêutica, não é para os pacientes que ela é terapêutica, é para todos nós. Estamos todos lutando em favor da nossa liberdade. Pela ampliação da nossa liberdade.

A invenção do manicômio é a invenção de uma tecnologia de destruição dos sentimentos de esperança e de confiança no ser humano. O hospital psiquiátrico, e não só ele, é um jardim de bonsai. O que é um jardim de bonsai? Vocês conhecem bonsai. Já viram. É algo originado no Japão, uma tecnologia oriental. É o sucesso de uma iniciativa humana de impedir uma árvore de crescer. De miniaturizar uma árvore. E o que as psiquiatrias, que se apóiam no modelo manicomial fazem, é impedir as pessoas de crescer. Só que ao impedir as pessoas de crescer, essas psiquiatrias impedem também quem vai se dispor a cuidar das pessoas cresça. Há um grande pacto de impedimento de crescimento da capacidade humana de agir e alterar a realidade. Da força para agir.

Esses jardins de bonsai não estão só nos manicômios. Eles estão nas relações interpessoais, nas relações de chefe, nas relações de médico e paciente, nas relações de chefe e subalterno, nas relações de vizinhança, em relações de casal, em relação de

pai e filho; essa atitude de impedimento de crescimento de uma pessoa em relação à outra não gera outra coisa que não constrangimento e desesperança. Acho que talvez a forma que nós inventamos de enfrentar a estrutura que impedia o crescimento, que impedia a interação entre as pessoas, que impedia o surgimento de provocações, de desafios nas relações, e que foram confirmando progressivamente que é possível construir confiança, e que construindo confiança nós co-gerenciamos a esperança de um mundo diferente, eu acho que nós, a partir deste processo descobrimos um caminho daquela situação que eu não sei se é ou não aplicável para outras situações. Imagino que seja. Onde há respeito, solidariedade operante, onde há cuidado, onde há relações qualificadas, onde as pessoas são tratadas como gente, onde elas deixam de ser vistas, pensadas e tratadas como coisas. Qualquer serviço cresce, qualquer serviço faz a transformação que precisa ser feita quando decide romper com a lógica da classificação.

Um outro modo de ver o que vimos fazendo na desmontagem do manicômio é uma construção. Vimos construindo uma cultura da solidariedade operante que se sobrepõe e substitui uma cultura da indiferença.

Solidariedade operante é um conceito inventado por Cenise Monte Vicente, minha companheira, psicóloga, militante do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando visitou uma escola num processo de avaliação de um projeto chamado "Acelera Brasil". No interior de uma escola, numa sala de aula, deparou com uma aluna de nove anos de idade que estava sentada segurando a camisa afastada do peito. Percebendo que havia sofrimento no rosto da menina, dirigiu-se a ela e disse: "Me dê licença de lhe perguntar por que voce está segurando a camisa desse jeito?" E a garota lhe disse: "É que eu estou queimada. Me queime com café quente e dói muito se a camisa encosta". Propôs então à menina que fossem ambas, mais a professora, até um banheiro, para examinar a situação da queimadura. Constatou que todo o tórax estava queimado, em carne viva, com pus. Perguntou então à professora, que já estava chorando: "Você sabia que estava assim?" E a professora lhe respondeu que sabia, sim, mas que tinha receio de se meter, já que quem devia cuidar, na opinião da professora, eram os pais da menina queimada.

Como a professora fosse uma ótima profissional, a psicóloga, tentando salvá-la da responsabilização pela negligência, perguntou, esperando resposta negativa: "Há algum centro de saúde por perto?" A professora respondeu rápido: "Sim, fica logo ali na esquina". A psicóloga, então, continuando sua tentativa de salvar a professora de um mau juízo perguntou, torcendo para ouvir uma resposta negativa: "E o centro de saúde tem médico?" Recebeu resposta afirmativa.

As três, então, se dirigiram ao Centro de Saúde, onde um médico examinou e cuidou da menina por mais de uma hora. Explicou que aquela queimadura era de terceiro grau. E a professora, enquanto aguardava a realização dos procedimentos, comentava e atribuía negligência aos pais da menina. Então a psicóloga propôs: "Vamos até a casa dela, conversar com os pais". Depois de cuidada, medicada, aliviada, partiram as três em direção à casa da menina, onde encontraram um pai, jovem e aflito, porque já havia percebido que o que ele e a mulher vinham fazendo não vinha dando resultado. No entanto, não tinha coragem de ir ao centro de saúde, porque das vezes que havia ido havia se sentido tratado com desdém por alguns profissionais. O pai assumiu, com a menina, com a psicóloga e com a professora a responsabilidade pela continuidade do cuidado.

Naquela noite a psicóloga não dormiu, pensando na solidariedade que faz chorar mas que não opera mudança na realidade. A professora revelara que ficara sofrendo muito, mas não havia feito nada, concretamente, para aliviar o sofrimento da aluna. E assim, a psicóloga descobriu que há um tipo de solidariedade que não serve para nada, ao qual chamou solidariedade inoperante. E passou a defender a solidariedade que promove mudança e promove diminuição de sofrimento, à qual denominou solidariedade operante.

A desconstrução dos manicômios, das FEBEM, das estruturas de apartação dependem

da aprendizagem coletiva e comunitária do valor da solidariedade operante. Nós somos muito poucos, nós sozinhos não damos conta. Temos que nos dedicar a promover multiplicação de atitudes. Devemos, além de professar o fim do manicômio, nos dedicar a aprender a organizar alianças com pessoas para quem a solidariedade operante faz sentido. Para pessoas próximas, que se sensibilizam espontaneamente, que oferecem às vezes uma carona para um paciente, às vezes telefonam para dizer que estão enfrentando problemas com pacientes. Às vezes não valorizamos críticas de pessoas que não aprendemos a incluir como "afetadas" pelo processo.

Quem se manifesta de alguma forma deve ser encarado por nós como aliado potencial. As populações que passam anos e anos dentro do manicômio se frustram na esperança de encontrar gente de quem elas possam, de novo, recuperar o crédito de ser humano.

Nós somos hoje responsáveis pelo acompanhamento de 134 pacientes que habitam 29 casas na espalhadas pela cidade de Campinas. Desempenhamos atitude ativa com os vizinhos das casas, para que eles não percam o sentido do que está sendo feito. Se eles deixarem de olhar para aquelas pessoas, se esquecerem seus nomes, se nada souberem sobre o sofrimento que elas já enfrentaram, mas principalmente se nós não conseguimos incluir os vizinhos no sentido de participar e reconhecer neles mesmos capacidade para ajudar a melhorar o mundo, nós somente "enxertamos" casas-coisas nos bairros. E os vizinhos reagirão e tentarão expulsar a imposição.

As histórias, as referências, os relatos, os valores, as crenças, as culturas, tudo é fundamental de ser conhecido e valorizado porque a humanização deve ser experimentada por toda a comunidade, pelos pacientes e pelos trabalhadores no processo. Devemos construir um modo de nos comunicarmos com a comunidade de maneira que a comunidade perceba que o que estamos defendendo interessa a todo mundo, é bom para todo o mundo e não só para o paciente. Todos vivemos melhor sem ameaças. Já bastam, para os pacientes, as ameaças que experimentam como parte dos seus sofrimentos mentais. Juntar a essas ameaças, subjetivas, ameaças concretas de abandono, de isolamento, de impregnação, de violência, pode receber inúmeros nomes, mas dificilmente pode ser reconhecido pelo nome de cuidado.

**Edmar de Sousa Oliveira**

Diretor do Instituto Municipal Nise da Silveira

Conduzir a desconstrução de um hospital psiquiátrico é missão difícil de operar. É necessário que as práticas oficiais de uso diário sejam desautorizadas e que novas práticas, se já existentes, estavam marginalizadas, sejam "oficializadas". O parêntese justifica-se: o fazer oficial aqui não são medidas burocráticas mas um trabalho de equipe difícil de acontecer mesmo estando necessariamente respaldado pela ordem instituída.

Esta equação não possibilita um resultado de fácil obtenção e que seja visto por todos como um resultado lógico. As práticas oficiais do manicômio são produtos da organização de um recorte espacial e temporal hierarquizado, normatizador, reduzindo o interno ao espaço de nulidade e troca zero na impossibilidade da autonomia. Não há trocas, mas ordens a serem obedecidas. Mesmo o afeto não é trocado e se, às vezes, doado é só por quem está na condição hierárquica de doar. O interno colocado no local de troca zero é despojado das possibilidades de afeto e é justificado estar ali por não possuir laços afetivos por características da enfermidade. E os labirintos arquitetônicos com portas, maçanetas móveis, chaves, grades, longos corredores, banheiros sem privacidade, camas iguais, pessoas iguais, deambulando em círculos que não levam a lugar algum e repetem os gestos da fila do almoço, do remédio, do banho, do deltar, do não-ser, garantem este recorte espacial e temporal. Conjugação de tempo e espaço que e repete até a exaustão de se estar "desorientado no tempo e no espaço".

E como novas práticas acontecerem em um lugar assim? A desconstrução tem que operar não só com a desregulamentação de práticas normativas, hierárquicas disciplinadoras, mas também com refazer a hierarquia no sentido de subordinar os serviços tradicionais aos substitutivos, e necessariamente na transformação dos recortes espaciais e temporais em espaços receptivos a temporalidade da individualidade de cada um. Esta não é uma receita que apresenta resultados comuns. Mas um compromisso com a desconstrução que tem no saber do inventar mudar o curso da história de cada instituição. Retornaremos esta invenção em curso com a experiência em acontecimento no Instituto Municipal Nise da Silveira<sup>1</sup>. Pelo caráter histórico desta instituição temos que nos reportar ao passado.

O Centro Psiquiátrico Pedro II herdou a história da psiquiatria no Brasil. Com o que tem de bom, a história, para o reconhecimento do nosso presente, mas também com a contaminação que a história de práticas arcaicas possa trazer ao espaço contemporâneo.

Conta a lenda que a história da psiquiatria no Brasil está ligada aos gestos simbólicos com

---

<sup>1</sup> Antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, Complexo Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, herdeiro do Antigo Hospício de Pedro II, primeiro manicômio da América Latina, que foi municipalizado em janeiro de 2000.

os quais o nosso Imperador D. Pedro II ornamentou o país de grandiosidades como a criação artificial da maior floresta urbana do mundo ou a concepção faraônica do açude de Orós, no Ceará, para que se desse fim à seca do nordeste. Quando ainda menino, Pedro brincava nas cercanias da Santa Casa de Misericórdia e não se conformava de ver nos porões os loucos misturados aos vagabundos e outros párias retirados das ruas, tendo prometido a si mesmo criar um espaço reservado aos insanos. A promessa da lenda infantil de Pedro torna-se história já que o decreto de construção do Hospício de Pedro II é publicado na data de sua sagração como Imperador do Brasil mas sua inauguração só acontece onze anos depois, em 1852. "Era dada como necessária a construção de um local específico que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos"<sup>2</sup>. A escolha da Praia Vermelha, local onde se construiu o hospício, foi em função de sua localização geográfica na época: distância do centro urbano.

Com a proclamação da República, os símbolos da monarquia foram abolidos e o Hospício de Pedro II passa a chamar-se Hospício Nacional (a mudança foi tão abrupta que em alguns prontuários o Pedro II é riscado a tinta e acima escreve-se Nacional). Mas o que está claro é que a proposta sempre fora nacional, já que antes o hospício era da Corte e não da cidade do Rio de Janeiro.

Tanto quanto a cidade cresce, o hospício nacional fica mais próximo dela e superlotado. Em 1911 é inaugurada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro para receber o excesso das pacientes do sexo feminino (os pacientes do sexo masculino, passando pelas colônias da Ilha do Governador, chegariam mais tarde em Jacarepaguá). Mas em 1938 Adauto Botelho resolve que a cidade estava por demais perto da praia da Urca e começa a providenciar a construção, no Engenho de Dentro, do espaço que herdaria os pacientes e a história do Hospício Nacional de Alienadas, o que vai acontecer em 1943. Depois da grande guerra são inevitáveis as comparações dos manicômios aos campos de concentração, e portanto as palavras hospício e alienado passam a ter um sentido pejorativo, daí a modernidade do nome Centro Psiquiátrico Nacional. Só após o golpe militar de 1964, já que os militares renegavam os ideais republicanos, a monarquia volta a ser lembrada com a homenagem ao Imperador no nome: Centro Psiquiátrico Pedro II.

O Centro Psiquiátrico moderniza-se trazendo em si contradições inerentes desta história, que, grosso modo, podemos dividir em dois grandes grupos.

No primeiro temos que a herança do grande asilamento dificulta sua inscrição nas instâncias separatistas da psiquiatria moderna: o internação, a crise e o ambulatório. Estas instâncias, que vão ocupar o cenário de nossa psiquiatria a partir do último quartel dos anos setenta para uma consolidação nos anos oitenta, compartimentam os três espaços de forma a fazer ligações por um sistema de vasos comunicantes. O paciente é deslocado da internação para o ambulatório e para a emergência, instâncias com normatizações próprias que o paciente vai vivenciar conforme o diagnóstico técnico do seu caso. São estas instâncias que recebem alta do paciente. Ele continua com o seu problema e vai transferido para outra instância que tem sua tecnologia própria de tratar do caso naquele momento. Aparte da crítica que este modelo enfrenta na sua concepção temos, no caso do Centro Psiquiátrico, que a instância internação é maior pela própria história, e o seguimento emergência acaba funcionando como alimentador da primeira, permanecendo o ambulatório com sua clientela cativa de pacientes com menor gravidade, mas que mesmo assim freqüenta as duas outras instâncias voltando depois ao ambulatório, que não tem dimensão para abarcar os pacientes mais graves, que só transitam entre a internação e a emergência.

No segundo grupo de contradições temos as derivadas da função centrista de um Centro Psiquiátrico, aumentadas pelo viés histórico.

Lula Vanderlei, em recente artigo<sup>3</sup>, denuncia que a característica do modelo psiquiátrico

<sup>2</sup> Citação de documento da época.

<sup>3</sup> Vanderlei, Lula, Espaço Aberto ao Tempo, mimeo, 1999.

tradicional está em uma força centrípeta do resultado de suas práticas em torno da enfermaria psiquiátrica, mais especificamente no leito. Leito este que funciona como um centro de um buraco negro para onde é arrastado o paciente que, simbólica e literalmente, quase sempre é amarrado em contenções físicas só por tentar escapar a esta força que é o sustentáculo das práticas para a ação sobre uma enfermidade, objeto da psiquiatria. O sujeito é contido para que a psiquiatria possa exercer seu saber sobre a doença que não é aceita e percebida pelo portador, pelo menos não como se devesse ser extirpada cirurgicamente.

Assim, as ações de uma psiquiatria tradicional se fazem em torno deste centro, que não permite uma fuga tão grande que escape a ele. O ambulatório, a emergência, e mesmo experiências mais ousadas como hospitais-dia ou serviços de atenção diária e residências terapêuticas, quando dentro deste espaço tendem a ser contagiados por esta força centrípeta avassaladora que só permite que estes espaços figurem como alternativos a ela, e de pronto, estarem preparados, portando, a voltar ao centro, à enfermaria, ao leito, se alguma coisa escapa ao controle da órbita do grande buraco negro.

\* \* \*

É certo que, apesar destas contradições, o Centro Psiquiátrico Pedro II avançou com programas e projetos que tentam minimizar os dois grandes grupos de contradições. Devo reconhecer, de público, um serviço que há anos tem se consolidado como um verdadeiro centro de atenção psicossocial: o Espaço Aberto ao Tempo<sup>4</sup>. Por outro lado, o Centro Comunitário<sup>5</sup> propôs uma vocação interativa da comunidade, organizações não-governamentais e clientes dentro do espaço da Instituição. A Casa d'Engenho e a Casa Cor, assim como os programas de Moradias Assistidas são modalidades assistenciais dentro de uma concepção contemporânea da psiquiatria. O Grupo de Egressos da Unidade de Internação esforça-se em tentar para que parte da clientela de internação possa seguir outro caminho. Hoje o Bloco Médico tende a ser um hospital de reabilitação, consolidando um perfil próprio, independente do Instituto. Mas, de resto, o ex-CPPII funciona dentro da lógica de instâncias interdependentes da internação, emergência e ambulatório, mantendo ainda a função centralista da lógica manicomial e sendo a referência assistencial para 60% da população do Rio de Janeiro, parte da população da baixada fluminense e ainda referência para a internação de crianças e adolescentes de todo o Estado.

A municipalização deste Centro Psiquiátrico, junto com o Instituto Phillip Pinel, coloca para o município do Rio de Janeiro a consolidação, que iniciou-se com a antiga Colônia Juliano Moreira há três anos, da gestão plena da Saúde Mental na Rede Municipal de Saúde. Desde 1996 a Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde vem tendo um papel fundamental para tirar a Saúde Mental do município da Rede Básica, com seus programas preventivistas, para uma alternativa de assistência através dos Centros de Atenção Psicossociais. Os sete Centros<sup>6</sup> que entraram em funcionamento neste período propõem ao município um programa de atenção psicossocial introduzindo, de fato, os preceitos da Reforma Psiquiátrica, marco referencial da assistência em Saúde Mental na cidade.

<sup>4</sup> Centro de Atenção Diária, que funciona dentro do Espaço do Instituto.

<sup>5</sup> O Centro Comunitário é um programa do Instituto que reúne ONGs, Associações, Projetos das Secretarias de Trabalho e Desenvolvimento Social (Carteira de Trabalho, Seguro Desemprego e um CEMASI - Abrigo para crianças em situação de rua, não-infratoras, até 14 anos), grupo de escoteiros, religiosos, entre outros. Funciona no antigo Hospital Odilon Galotti, prédio do Complexo Hospitalar que foi desativado na década de oitenta. Os trabalhos comunitários que funcionam neste prédio (Rádio Comunitária, Grupo de Terceira Idade, Brinquedoteca, Oficinas de Esportes, etc.) são direcionados a clientes da comunidade juntos com nossos usuários, internos e externos, promovendo uma integração entre os moradores dos bairros circunvizinhos com aos programas de Saúde Mental desenvolvidos no Nise da Silveira. O prédio, com arquitetura característica de manicômios, vem sendo ocupado progressivamente, sendo as partes comuns mantidas pelo Instituto, e os parceiros da comunidade reformam e mantêm as áreas que ocupam.

<sup>6</sup> CAPS Rubens Correia em Irajá, CAPS Simão Bacamarte em Santa Cruz, CAPS Pedro Peregrino em Campo Grande, CAPS Artur Bispo do Rosário em Jacarepaguá, CAPS Ernesto Nazareh na Ilha do Governador, CAPS Lima Barreto em Bangú, todos para o atendimento de adultos e o CAPS Pequeno Hans em Realengo, que atende crianças e adolescentes.

Entretanto, a municipalização dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde vai interferir no Programa de Saúde Mental do município, dado que eles entram, com as contradições apontadas acima para o ex-CPPII, de forma a alterarem o modelo da Reforma apresentado pelos CAPS<sup>7</sup>. E esta alteração vai ser medida pela desproporção entre a clientela beneficiada pelo projeto da Reforma e os pacientes que são atendidos pelo modelo manicomial descrito para o antigo CPPII<sup>8</sup>.

O que se espera da municipalização dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde é, sobremaneira, o abandono deste modelo centralizador com a autonomia de projetos que aconteçam a partir do território, segundo os modelos existentes para centros de atenção diária, programas de residências terapêuticas, atendimento à crise diferente do modelo médico da emergência psiquiátrica, entre outros<sup>9</sup>.

A ruptura do modelo manicomial, inerente à estrutura organizacional do antigo CPPII hoje, é tarefa prioritária para o Programa de Saúde Mental da cidade do Rio de Janeiro, sobre pena deste modelo ultrapassado, mas de uma força histórica considerável, pôr em risco a hegemonia do modelo dos centros de atenção diária. Há um lugar, ocupado ainda pelo manicômio, que deve sofrer as transformações necessárias para a consolidação de um projeto da Reforma Psiquiátrica no município.

A lógica do modelo das instâncias de departamentos entre internação, emergência e ambulatório traz em si a força centralizadora da enfermaria, do leito, para onde são drenados e, quase sempre, depositados os casos diagnosticados como mais graves. O próprio nome, Centro Psiquiátrico, em contraposição ao Centro de Atenção, tem uma função simbólica que deposita na psiquiatria o seu poder centralizador de um saber sobre a doença, sem prestar a atenção que o doente requer.

Além da quebra desta lógica, para uma prática contemporânea da psiquiatria, outra questão se coloca para o Programa de Saúde Mental. Afirmamos, há pouco, que o modelo de instâncias separadas, pela história do Centro Psiquiátrico, assim como a da antiga Colônia Juliano Moreira, provocou uma hipertrofia da instância internação, o que requer um investimento em programas de Residências Terapêuticas, felizmente regulamentados pela recente portaria 106, de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde. Ainda há o agravante que a instância internação é praticada, de forma repetitiva e inevitavelmente cronicadora, pelas clínicas conveniadas ao SUS. Uma necessária redução neste seguimento privado requer um investimento proporcional em Centros de Atenção Diária e Programas de Residências Terapêuticas.

\*\*\*

Voltando a invenção em curso para desconstruir este hospital psiquiátrico.

**A polêmica do nome:** Nise da Silveira não precisa de apresentações. A psiquiatra rebelde foi peça de resistência dentro desta instituição. Vale lembrar que CPPII foi uma homenagem da ditadura militar aos anseios do Império. Como instrumento de ditaduras (Vargas, Castelo Branco) as mudanças do nome desta instituição foram operadas por decreto-lei. Na democracia o decreto-lei fica vazio e possível de mudanças dependendo da alternância de grupos políticos no poder. Portanto o nome hoje tem apenas uma importância simbólica: direciona um desejo de mudança. Talvez mais no nível interno: toma partido entre práticas tradicionais e a Reforma.

<sup>7</sup> É corrente nas discussões *psis* que a internação do louco na cidade do Rio de Janeiro era um problema federal. Na cidade nós tínhamos o antigo modelo preventivista da Rede Básica, que cuidava do adolescente, da mulher, do idoso e demais grupos de riscos para que fosse evitado a doença, e, por outro lado, a partir de 1996, a implantação dos CAPS veio forçar a entrada da Reforma Psiquiátrica em discussão na rede. Foi "esquecido" o modelo manicomial que ficava com os hospitais federais e a rede conveniada deles dependente.

<sup>8</sup> Em levantamento feito para os CAPSs, publicado no Boletim de Informações em Saúde dos CAPS, ano I, edição 1, de maio de 2000, esta modalidade de atenção realizou, durante o ano de 1999, 1.394 Pronto-atendimentos, o que corresponde ao número de pronto-atendimentos de apenas um mês na Emergência do ex-CPPII.

<sup>9</sup> Entendemos que a superação do manicômio por serviços substitutivos deve provocar a necessidade de uma discussão deste nível para a rede ambulatorial, que tem se mostrado anacrônica, ultrapassada, não mais dando conta da atenção aos casos graves, que têm na internação sua única alternativa.

**A importância histórica:** O Centro Comunitário já vem organizando um museu da história do Centro Psiquiátrico Pedro II: vasto material fotográfico documentando construções de pavilhões, inaugurações, festas, enfermarias, além de galeria dos personagens históricos, diretores, visitantes; objetos de uso histórico: camisa de força, aparelhos de eletrochoque, seringas de insulino terapia, balanças de precisão, acervo da histopatologia (fetos, cérebros, órgão internos); móveis e camas que existiram no passado nas enfermarias; placas de inauguração de serviços, entre outros. A Reforma pressupõe uma ruptura com o manicômio. A possibilidade de colocar o CPPIL no museu também é simbólica. Sabemos que as práticas asilares permanecem em vários setores da instituição e é nelas onde devemos operar a desconstrução.

**Inverter a Hierarquia Institucional:** A lógica manicomial trabalha com porta de entrada sem porta de saída, conforme foi exposto no sistema de vasos comunicantes que tende a transbordar a instância da internação. Ora, a Reforma Psiquiátrica pressupõe estreitar a porta de entrada, uma missão para os serviços de atenção diária que atuam a partir do território e abrir uma porta de saída através da consolidação de um programa de moradias. No Instituto temos em funcionamento quatro serviços de atenção diária (dois de adultos, um de crianças e outro de adolescentes)<sup>10</sup> além das oficinas do Centro Comunitário e do Museu de Imagens do Inconsciente. Está sendo estruturada uma proposta de territorialização destes serviços para que tenham autonomia e que sejam responsáveis pelo mapeamento e decisão da melhor forma de tratamento para sua clientela. Assim, dentro do território estabelecido, são estes serviços que devem regulamentar a utilização da Emergência e da Internação, sendo os serviços substitutivos colocados para a clientela do território antes do oferecimento dos mecanismos tradicionais da porta de entrada. Por outro lado, o Programa de Moradias (hoje responsável por pensões e moradias protegidas no espaço do Nise da Silveira, mas com um projeto a ser implantado a curto prazo de Residências Terapêuticas na comunidade) deve ser responsabilizado pelos moradores nas enfermarias de Internação invertendo o fluxo hierárquico para a efetivação da porta de saída.

**A Responsabilidade no Território:** O compromisso proposto é com o rompimento do modelo manicomial para a implantação de programas dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Reforma que tem um compromisso com o território e com a atenção integral ao usuário de qualquer dispositivo de atenção. Dispositivos que possam ser criados para tirar o cliente do circuito das instâncias do modelo tradicional, com sua característica centrada na enfermaria, no leito. Isto significa a que o Instituto tem que ampliar seus dispositivos integrais para o atendimento territorial de sua clientela, ao mesmo tempo que as instâncias de departamentos diminuam sua clientela, para que ela possa ser atendida em modelos substitutivos criados no território. Este destino, de diluição de sua centralização de práticas arcaicas para a territorialização do atendimento em serviços menores e ligados à comunidade, ao bairro, a uma geografia afetiva de circulação e trânsito do cliente, se coloca como imperioso para a entrada de um macro-asilo no projeto da Reforma Psiquiátrica. Esta proposta depende da ampliação dos dispositivos substitutivos da rede de atenção à Saúde Mental do município, ao mesmo tempo que os serviços substitutivos da nossa instituição se tornem independentes do hospital para compor a rede e que toda a rede possa regulamentar o hospital. Por exemplo, neste momento de coexistência provisória, é desejável que os serviços de território possam internar seu cliente na enfermaria do hospital que está aberta para que a equipe do território seja responsável também por seu tratamento na internação. Esta proposta tende a diminuir o hospital, as práticas tradicionais, ao mesmo tempo que, durante a coexistência de transição, os serviços substitutivos regulamentem os tradicionais.

**Encontrar a Porta de Saída:** O Instituto Municipal Nise da Silveira tem hoje 300 leitos (longe já se vão os anos de mais de um milhar de internos) dos quais a metade para a internação de curta e média permanência e a outra metade de moradores. 150

---

<sup>10</sup> Espaço Aberto ao Tempo, serviço de atenção diária com 180 clientes cadastrados; Casa d'Engenho, serviço de atenção diária que funciona como hospital-dia para 30 vagas diárias; Casa Cor, serviço de atenção diária para atendimento de crianças em parceria com uma turma especial da Secretaria de Educação que funciona no Instituto; Centro de Atenção Psicossocial para adolescentes iniciado no mês de abril/2001.

moradores, dos quais só 53 nos projetos de pensões e moradias assistidas internas. São quase cem pessoas morando em enfermarias de características manicomial. O Programa de Moradias hoje responde pela regulamentação destes internos em busca de uma porta de saída. A construção deste inventar já atende na forma de pensões protegidas, república de passagem e moradias independentes no espaço interno do Instituto. Estamos no caminho da construção de Residências Terapêuticas na comunidade. Este Programa discute hoje a transformação de enfermarias em espaços residenciais protegidos para os idosos e para os que precisem de cuidados mais intensos: o desafio é a transformação do espaço arquitetônico das enfermarias para que o recorte espacial normativo possa ser substituído por um espaço da individualidade que permita o fluir da temporalidade.

**Permear o Espaço da Instituição a Projetos Comunitários:** O Projeto do Centro Comunitário vem sendo construído há quase uma década. A condução do processo de desconstrução do hospital psiquiátrico hoje provoca a visibilidade destas ações, que antes eram marginalizadas. Os trabalhos de dança, culinária, terceira idade, e o funcionamento da Rádio Comunitária, por exemplo, levam para o mesmo espaço de trocas sociais a comunidade que mora no entorno do hospital e os clientes internos e externos. Dois eventos de grande porte demonstram esta integração: o Bloco "Loucura Suburbana" composto de pacientes do Nise e de outros serviços de Saúde Mental, inclusive do interior do estado, com participação de alas da comunidade de moradores, inaugurou este ano o Carnaval de rua, que promete repetir nos próximos carnavais. Um show musical com conjuntos e composições de usuários do Nise e de outros serviços com a participação do compositor Lobão, coloriu o espaço cinzento do hospital numa noite memorável com a participação de moradores dos bairros vizinhos cujo acesso foi trocado por doações de móveis e utensílios para o Programa de Moradias.

**A Visibilidade da História:** O Museu de Imagens do Inconsciente, com um acervo de 350.000 obras, que documenta o trabalho de pesquisa da Dra. Nise da Silveira, não é conhecido dos cariocas. Visitantes estrangeiros e de outros estados conhecem mais. O módulo da Loucura na Mostra do Descobrimento Brasil 500 anos mostrou a importância deste trabalho. É proposto a organização de exposições permanentes aberto ao público também nos finais de semana e que conste no calendário turístico da cidade. O Museu da História do Centro Psiquiátrico Pedro II vem se organizando para receber visitantes e pesquisadores. A Biblioteca do Centro de Estudos hoje está num espaço adequado para a pesquisa, possuindo obras raras em edições originais do antigo Hospício de Pedro II.

Entretanto, como estamos falando na difícil arte do inventar, as propostas anunciadas não fazem parte de um roteiro de cumprimento obrigatório. A avaliação diária e a certeza de que muito ainda se tem por fazer e o refazer de propostas são inerentes a desconstrução do hospital psiquiátrico.

Para um trabalho de tamanha envergadura, devemos ter no horizonte a "utopia da realidade", conceito desenvolvido por Basaglia, em contraponto à utopia-ideologia<sup>11</sup>, que permite transcender a realidade para operar uma transformação institucional.

O esforço que se fez aqui foi o de imaginar caminhos para a transformação, já que faz parte da utopia o imaginar. No entanto sabemos que o caminhar nesta transformação faz o próprio caminho. O que significa que estas propostas aqui defendidas são mutantes.

<sup>11</sup> Esta seria a ideologia da transformação, mas que por não poder revelar as contradições de uma realidade, termina por justificar o imobilismo.

**Fernanda Nicácio**

*Debatedora*

Professora Assistente do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Inicialmente gostaria de compartilhar que não considero simples a tarefa de ser debatedora e, dessa forma, buscarei, sobretudo, colocar algumas questões, algumas discussões para o debate.

A partir das reflexões apresentadas e tomando como referência diversas experiências de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, consideramos importante poder pensar o significado que o conjunto destas experiências vem demonstrando. Considero que podemos fazer uma afirmação: 'não se pode mais dizer que não é possível'.

Enfatizamos esta afirmação porque se recordarmos o início do processo de reforma psiquiátrica, quando estas discussões apenas estavam esboçadas, nos recordaremos do conjunto de questões que foram colocadas sobre a impossibilidade da transformação. Desde que não era possível concretizar a superação dos hospitais psiquiátricos ou, mesmo, que a superação não era possível em países em desenvolvimento, em situações de miserabilidade.

No início dos debates foram apresentadas, também, diferentes argumentações que assinalavam que os familiares não teriam condições de enfrentar e/ou apoiar este processo.

Claro que não tem sido um processo ou um caminho linear e, de certa forma estas questões continuam presentes. Entretanto, transcorridos alguns anos do processo de reforma psiquiátrica, parece-nos importante diferenciar o significado destas questões no início do processo e no momento atual.

O que queremos enfatizar é que as experiências pautadas nas diretrizes da reforma psiquiátrica construíram, ao longo destes últimos anos, um patrimônio teórico-prático que demonstra que não é mais possível dizer que não é possível. Pode-se argumentar a discordância da reforma ou, ainda, pode-se escolher não implementar a reforma, mas, não é mais possível dizer que não é possível.

Podemos pensar esta questão da possibilidade/impossibilidade de superação dos manicômios em diferentes momentos do processo. E, novamente, tomando como exemplo a experiência de Campinas: algumas pessoas que estiveram internadas durante anos, hoje estão vivendo suas vidas na cidade, morando em casas na cidade. Talvez algumas delas fossem pessoas que, muitos de nós, em alguns momentos diriam: esta pessoa não vai conseguir morar numa casa.

Consideramos que este é o patrimônio das experiências: a afirmação da possibilidade,

isto é, a prática vem demonstrando que é possível outro modo de interagir com a experiência da loucura.

Em segundo lugar, destacamos a questão de invenção.

A noção de invenção implica compreender a realidade como construção, produção, uma produção histórica, uma produção social. Produção da realidade: significa inventar novas realidades, novas formas de pensar, inventar novas instituições.

E, é particularmente importante neste debate fazer um diálogo com esta perspectiva e aquilo que, muitas vezes, vivenciamos nos hospitais psiquiátricos. No interior de um hospital psiquiátrico, muitas vezes temos a impressão de que 'as coisas são como sempre foram'. O que também surpreende no interior dos manicômios é a naturalidade com a qual aquela situação passa a ser vivenciada, a percepção difusa da impossibilidade de transformação.

Quando trabalhamos em hospitais psiquiátricos, podemos observar que, muitas vezes, frente às indagações sobre a possibilidade de transformação de algo, mesmo que se refira a algo muito básico, as respostas parecem se remeter sempre, à impossibilidade, porque sempre foi assim.

Considero que um dos desafios nos processos de transformação é poder romper com este sentimento, com a afirmação da impossibilidade de mudança, com a percepção da naturalização das instituições.

É fundamental poder imaginar, sonhar, construir e inventar os projetos de transformação.

A terceira questão que apresentamos para o debate é que consideramos que a efetivação de um projeto de transformação a partir do interior do hospital psiquiátrico produz a necessidade de sua superação. Em outras palavras, quando estamos operando em diálogo com as necessidades, os desejos e os projetos das pessoas internadas, a superação da instituição asilar, a ruptura com os muros, a produção de novos contextos, a ampliação das trocas e das redes de relações emergem como necessidade do próprio processo. Por exemplo, é a transformação das relações com as pessoas internadas, é a busca de construir respostas que dialoguem com as múltiplas necessidades e projetos das pessoas que engendra e exige novas possibilidades, dentre as quais, a necessidade de produção das moradias na cidade.

Nesta perspectiva, quando o processo de transformação no interior de um hospital não exige a necessidade de novas instituições, de novas respostas, de superação do hospital, é o momento de indagarmos a qualidade da transformação em curso. Em outras palavras, o que acontece em um projeto de transformação que não está expressando a necessidade de estar cada vez mais transformando e ampliando seus espaços? Estamos nos referindo aos espaços relacionais, lugares na cidade, possibilidades de projetos de vida. Qual o sentido que está sendo operado em um processo de transformação no qual não emergem as necessidades de novas possibilidades?

A quarta consideração se refere à reflexão sobre a questão da tutela.

Esta é uma questão central nos processos de superação do hospital psiquiátrico e de produção de novos modelos de atenção. Para problematizar esta questão podemos tomar como exemplo a situação de uma pessoa em crise encaminhada para o hospital psiquiátrico. Nesta situação é possível que estejamos operando com uma forma de pensar a relação de tutela na qual, mesmo que a intenção seja proteger, ao considerar o outro como incapaz, inválido, irresponsável, segue por anulá-lo e não protegê-lo. Franca Basaglia desenvolve uma longa e complexa reflexão sobre as formas tutela, assinalando a necessidade de uma profunda transformação na qual a tutela possa ser transformada e compreendida como produção de emancipação.

Esta é uma questão central nos processos de reforma psiquiátrica. Particularmente nas situações de crise que, muitas vezes, se apresentam, como situações limite ou, ainda apresentam o conflito efetivo entre a liberdade das pessoas e a nossa responsabilidade ética e sanitária em relação ao sofrimento das pessoas. Entretanto, quando

encaminhamos para o hospital psiquiátrico, parece que anulamos a possibilidade de gerir este conflito, de gerir este conflito em toda sua complexidade.

Evidentemente quando nos referimos à liberdade das pessoas não estamos trabalhando com uma idéia de liberdade abstrata. Por exemplo, em uma dada situação, temos buscado efetivamente atender uma pessoa, temos ido a sua casa, enfim, temos operado de diversas formas para buscar construir a aproximação. Entretanto, a pessoa recusa o contato, a aproximação, o cuidado. Ao mesmo tempo, considerando a história desta pessoa, a rede de relações, sabemos que a pessoa encontra-se em um momento de sofrimento intenso. Por exemplo, nesta situação, a necessária afirmação da liberdade e dos direitos da pessoa não pode significar não atender, abandonar.

Em outras palavras, o que queremos enfatizar é a necessidade de enfrentar, de fato, que estamos operando com a liberdade e o direito das pessoas e com a responsabilidade ética e sanitária. Podemos indagar, por exemplo, como temos trabalhado este conflito, sem a anulação de nenhum de seus pólos nos novos serviços.

Para concluir, recordei uma frase muito interessante que Basaglia discutiu durante sua participação nos eventos em Minas Gerais em 1979. Basaglia afirmava que o nosso grande desafio é convencer: no sentido de convencer e, sobretudo, de vencer junto.

## Debate

### PERGUNTA:

(sem identificação)

Uma curiosidade. Eu queria entender a história dos 8 reais, porque ele queria 8 e não os 5 reais, naquela história do José, do João e da Lourdes. Os 3 reais eram para dar para a Lourdes? Eu não entendi, você não terminou a história. E vocês, que têm uma experiência tão rica em Campinas, como vocês lidam com o atendimento à crise?

### WILLIAMS VALENTINI:

Os 3 reais eram para comprar o fumo e a coca-cola para a Lourdes.

Esta discussão da atenção à crise, até o presente momento, ainda, nós vivemos algumas situações. O serviço ainda tem um espaço que só cuida de gente que chega encaminhada pelo sistema, em situação de crise. Só que já foi tomada a decisão, por parte de todos nós que trabalhamos no processo, de que estas crises, como o serviço está se estendendo para a comunidade, as crises serão enfrentadas onde elas surgem. Este é um desafio central, que nós estamos começando a dialogar e a discutir com o PSF e é orientado pela seguinte lógica: onde nascem os problemas, nos contextos onde nascem os problemas, se encontram os recursos necessários para construir a solução dos problemas. Que tipo de aprendizagem nós teremos que desenvolver, para abordar as crises onde elas surgem? É a discussão da invenção das tecnologias que a saúde mental poderá compartilhar com quem está no PSF hoje, quem está enfrentando os problemas no cotidiano, onde os problemas estão sendo apresentados.

Nós temos uma unidade de crise com 50 camas e uma equipe que não se conforma mais em cuidar das pessoas em crise e encaminhá-las de volta para o sistema. A equipe quer continuar sendo referência de cuidado. Então, esta equipe vai desenvolver dois processos: um deles a implantação de um serviço na comunidade, na cidade, de um núcleo de atendimento para dependentes químicos que são 40% da clientela que frequenta hoje estas camas, e um outro contingente, que cuida dos 60%, vai compor um outro serviço tipo um NAPS, que não vai trabalhar com a lógica da internação, com AIH, etc. Nós estamos construindo a superação desta lógica. No entanto, nós já experimentamos, nós temos um CAPS e uma das equipes, conforme o Gastão contou hoje, que iniciou o processo da implantação das moradias e da preparação das pessoas para irem morar em casas, preocupada com o seu futuro e com o seu destino, e depois de fechar dois grandes espaços, duas grandes enfermarias, ela mesma protagonizou este processo de fechamento, ela construiu um futuro e compôs um projeto de CAPS que

funciona no centro da cidade. Nós alugamos uma casa grande, esta equipe hoje assiste 90 pessoas, está com um pepino enorme, que nós discutimos ontem de manhã, que é, como é que nós podemos incorporar no processo de cuidados na área urbana, inventar cuidados que não saiam do campo da reabilitação psicossocial? Porque nós estamos detectando que as pessoas chegam, vêm para o serviço, passam o dia lá, muitas horas, elas acabam esperando a hora do grupo, a hora do não sei o quê, que é a repetição, que é um problema da maioria dos CAPS e NAPS hoje, alguns que eu já visitei. Mas que é um problema que pode ser abordado, pode ser enfrentado. Esta equipe, que montou estas moradias, que hoje são compartilhadas por mais serviços, mas que iniciou este processo e hoje coordena este CAPS, esta equipe tem uma outra casa alugada na frente, que vai funcionar como espaço noturno, uma pensão noturna, para quem precisar permanecer, repousar, etc. Esta equipe já se utilizou de algumas moradias que tem atenção contínua de 24 horas, para duas situações de crise de pacientes do CAPS, que foram acompanhados nesta moradia, discutido com os pacientes, e tal. Um jovem paciente ficou, tratado durante um fim de semana, acompanhado lá, e a equipe está ocupada desta invenção do enfrentamento da crise. Eu acho que o quê a Fernanda está apontando, é absolutamente necessário que nós nos dediquemos a revelar o que já sabemos fazer, e a imaginar que outras coisas supomos que somos capazes de desenvolver como tecnologia. Se não imaginarmos, não mudamos, não transformamos. Se não imaginarmos e não experimentarmos, não mudamos. As coisas ficam como são e nós ficamos reféns do naturalismo, que ela acabou de criticar aqui e que eu concordo: "as coisas são assim..., as coisas são assim...".

PERGUNTA:

Meu nome é Jairo, sou psicólogo, do município de Ipatinga, uma cidade de porte médio e a gente há 2 anos atrás, criou uma ONG, com o objetivo inicial de estar lutando pela implantação de serviços substitutivos. Neste processo, a gente começou a se reunir semanalmente e a luta concreta, que era a luta pela implantação dos serviços, pela preservação dos direitos humanos dos pacientes - porque até então não tem serviços e a maioria dos pacientes são encaminhados para Belo Horizonte e Barbacena - criou um outro movimento, que não esperávamos, que fez com que as pessoas começassem a falar de si, da sua dificuldade de estar se relacionando com a loucura. Eram familiares, técnicos e começou a gerar um movimento, um grupo operativo, trabalhavam uma missão, um trabalho explícito e ao mesmo tempo se trabalhava as suas relações. E, deste grupo começou uma troca de experiências e de pedidos de ajuda. Quer dizer, quando um estava entrando em crise, "olha, tem que internar, eu vou levar para internar, não estou agüentando mais", um ligava para o outro e havia a visita para que fosse conhecer aquela realidade, o que estava acontecendo ali. E muitas internações foram barradas, simplesmente com essa atitude. Inclusive, na verdade, os pacientes acabam se conhecendo, os familiares acabam se conhecendo nesse processo. Inúmeras vindas marcadas para Belo Horizonte, para internação, foram impedidas, simplesmente, com uma visita de uma paciente, de um familiar do grupo. Então, a gente fica falando de crise, crise, crise, abstratamente, como se tivesse alguma coisa definidora daquela crise, mas é subjetiva, cada família tem um nível próprio do quanto é insuportável para ela, e se você vai lá e conversa, a crise se desfaz. A crise, grandes aspas aí, ela se desfaz. Foi um processo interessante, ao iniciar o grupo a gente não esperava nada disto a gente acabou entrando neste processo que foi muito interessante.

Eu gostaria de saber se há, também, algo organizado lá, se há essa troca, se há algo parecido, se já se conseguiu fazer alguma coisa neste sentido. O Marcus coloca isto no início e a Fernanda reafirma agora, sobre a importância da reconquista de cuidar desta crise, pelo espaço social, pelas pessoas, pelos vizinhos. Não é o especialista quem vai dar conta, não é o manicômio, não é o hospital, não é a internação, que vai dar conta disto. É simplesmente a disposição social dos indivíduos de ir lá, de não ter medo. Na crise todo mundo sai correndo, ninguém quer ver o paciente e para nós, é o contrário, nós vamos lá, enfrentamos a crise.

WILLIANS VALENTINI:

Eu acho que o que você está revelando é inédito. Eu estou achando interessante porque nós temos outro modo de lidar e outros recursos que se revelam, mas desta foram nós não tivemos nenhuma história semelhante. Tem história de vizinho, de gente que se envolve, mas desta maneira como você está colocando, eu sei que está oferecendo coisas interessantes para a gente conceber como novidade. Muito bom, muito obrigado.

FERNANDA NICÁCIO:

Eu queria colocar uma questão também em relação ao que você falou. Antes de mais nada, eu também achei super bonito. Na experiência santista nós trabalhamos intensamente nesse processo, porque nós consideramos que era fundamental, em cada território poder conhecer o circuito psiquiátrico e interromper este circuito de produção da internação. Progressivamente, os NAP's tinham a capacidade de atender a situação de crise em todos os lugares que elas aconteciam: na rua, nos bares, na igreja, alguém pendurado em cima de um fio de alta tensão, enfim, nos diversos lugares onde existem situações de ruptura. Acho que essa possibilidade, é claro que isso não tem só a ver, retomando a discussão da manhã, com a capacidade do serviço, mas também, com seus recursos, é necessário uma série de recursos. Se nós queremos, de fato, não trabalhar na lógica "toma que o filho é teu", mas de fato poder assumir esses processos, nós temos que ter vários recursos para agir com muita prontidão nestas situações. Então, nós tínhamos a possibilidade, depois de um tempo, não foi sempre assim no início, mas depois de um tempo, de ter carro, etc. Cinco minutos a família chamava e a gente tinha condição de chegar no lugar onde essa situação se dava, ou família, ou amigos, ou pessoas da rua, ou do trabalho, etc.

Isso que você está colocando, eu também não conhecia desta forma, mas a gente pode vivenciar, primeiro, uma coisa muito interessante: como esta possibilidade do trabalho das situações de crise, ela vai envolvendo uma série de atores que a gente nunca imaginou que poderia envolver. De repente, exatamente aquela pessoa, o dono da padaria, que estava gritando, dizendo "interna", etc, etc, depois ele começa a assumir uma coisa assim: "conversar com ele, eu não converso, porque ele é louco, agora pôr ele no ônibus todo dia para ele ir no NAP's eu posso topar". Isto é um enorme agenciamento. Nós, e aqui estou dizendo nós, os serviços, as equipes, as ações, é que temos que ter capacidade de articular e agenciar tudo isso.

Uma outra experiência que a gente viveu, muito interessante, foi que na frente de um dos NAP's tinha um usuário, que por várias questões de sua história de vida, morava sozinho, mas ele optou por abrir a sua casa para uma série de situações, e era a conhecida "Casa do Pedro". E ele assumiu de lidar com algumas situações de crise. Foi uma experiência muito rica e até em alguns momentos dos usuários dizerem assim: " hoje eu estou super mal, mas não quero ficar aqui não, eu quero ir para casa do Pedro, porque lá, na outra vez que eu fiquei mal, foi mais interessante. Tem experiências de familiares do CAPS de São Paulo, que estão lidando com umas situações de uma forma muito interessante.

Agora, eu não tenho nenhuma dúvida que nós podemos remontar toda esta situação. Mas acho que nós temos que falar claramente das situações que envolvem violência, que envolvem medo, porque senão elas ficam por baixo do pano. Não porque eu acho que elas sejam a maioria, absolutamente, mas elas ficam por baixo do pano, é como se elas ficassem num implícito nos debates, todo mundo falando: " é, mas na hora que realmente a coisa complica, vai lá para o hospital". Eu acho que nós temos que poder conversar disso claramente, primeiro pensando que estas situações não são a maioria, mas elas existem e nós temos que nos capacitar para enfrentá-las. Segundo, que é claro que a violência é uma forma de relação, ela não é inerente a qualquer situação. E terceiro, pode parecer muito óbvio aquilo que vou falar, mas existem muitas situações onde os técnicos tem medo? Sim. Agora, me parece que se a gente puder reconhecer este medo e lidar com ele, e eu não conheço melhor forma de lidar com o medo, que não seja podendo estar na articulação coletiva. Se eu estou sozinha numa situação, eu

tenho um tipo de medo, talvez até, em algum momento, algumas pessoas possam sentir esse medo como paralisante. Se eu estou em dois, se estou em três, se estou numa equipe, eu vou vivenciar esse medo de uma outra forma.

PERGUNTA:

Boa noite, eu gostaria de parabenizar os organizadores, o encontro está muito bom, parabenizar a mesa, ao Dr. Willians e à Fernanda, os expositores da manhã. Meu nome é Carla, eu sou Coordenadora do NAPS de Araçuaí e da microrregião do médio Jequitinhonha e vim aqui para estar colocando algumas coisas para vocês e colocando uma pergunta para o Dr. Willians e para Fernanda. É sobre esta questão toda que foi falada, que começou um pouco pelo que o Jailro falou aqui. A nossa história começou um pouco parecida com a dele e bate com o que a Fernanda colocou: o que faz a gente mandar um paciente para o hospital psiquiátrico? No nosso caso, o manicômio começa na hora que sai de Araçuaí, porque só de ambulância são 12 horas de viagem, com o paciente lá dentro até chegar em Belo Horizonte. Lá, não temos hospital psiquiátrico, temos um hospital geral que tem parceria com o SUS mas é filantrópico. Nós temos na região 923 casos, olhados no arquivo de 2000 até agora, estas pessoas estão em tratamento e são sete municípios. A equipe vem sofrendo muito por estar mandado estes pacientes para aqui, até que há um mês atrás, uma família pediu para a gente, uns amigos, na verdade, pediram para a gente que não gostaríamos de mandar internar em BH. Era um usuário, um paciente, que estava em Diamantina e estava em crise e havia ligado para a Prefeita da cidade, que é a Cacá, e falou que só voltaria para a cidade se ela fosse busca-lo. Ela se dispôs, foi lá buscá-lo, ele voltou com ela, chegaram a 1 hora da manhã e os amigos sabiam onde eu morava, me ligaram, fomos atrás do psiquiatra e nos reunimos às 11:30 da noite, para esperar esta pessoa chegar, para cuidarmos dele para ele não vir para o hospital.

É um caso que me emociona um pouco, porque se trata de uma pessoa que trabalha na cidade, um Secretário da Prefeitura e, que foi um caso que balançou muito a equipe, por estar tendo que bancar algumas coisas, pois até então o hospital psiquiátrico para gente era um recurso, nós não tínhamos como ficar com estas pessoas lá. A ironia, o ponto que nós chegamos, o hospital psiquiátrico para a gente lá é uma forma, é a última forma de cuidar dessas pessoas. O serviço não é 24 horas, e chega num ponto que a gente tem que mandar para o hospital psiquiátrico para preservar algumas coisas dessa pessoa, para que não passe ao ato, e a equipe é composta por quinze pessoas e a gente não consegue ficar acordado mais de 24 horas por dia. A equipe que sabe cuidar é muito pequena, então nós nos dispomos e o psiquiatra falou que a equipe teria que ajudá-lo, porque ele disse isso que a Fernanda colocou, "porque eu estou com medo de cuidar deste caso". É um homem só na equipe, o restante são todas as mulheres, o restantes das técnicas, uma terapeuta, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira e eu, coordenadora. Nós topamos, não porque ele é o Secretário da Prefeitura, mas porque os amigos chegaram para gente e pediram que não o mandassem para o hospital psiquiátrico, que fizéssemos o que fosse necessário. E disseram que ajudariam a equipe no que fosse possível, e ele está lá, já está saindo da crise, um mês e quinze dias e agora vai voltar e está tendo o apoio de todo mundo.

Com isto, após este caso, nós estamos vivendo num mês, quatro casos desta forma e estamos conseguindo uma coisa que nós achávamos que não íamos conseguir. Agora, praticamente a cidade inteira tem o telefone da equipe, tem o telefone do psiquiatra, que não saiu no último final de semana porque tinham 3 pessoas em crise, todas as três famílias estavam com os telefones e as famílias dizem agora que não vão colocar nenhum na ambulância mais para vir para cá, e se nós estamos dispostos a cuidar deles desta forma. Nós nos reunimos e falamos que se estamos lá, é possível, e graças a esta equipe, e também à equipe de nível médio, que a gente chama lá de cuidador, passaram o final de semana e agora estamos fazendo um revezamento para cuidar das outras pessoas e até os outros usuários chegaram para nós, quando fizemos a roda e falamos do assunto, e disseram: "quando a gente ficar daquela forma, se precisar, vocês podem conter a gente ali no ambulatório, mas não coloca a gente na ambulância não,

porque a gente não quer". São três pessoas que moram sozinhas em casa porque não tem família e agora ninguém quer mais entrar na ambulância. Foi um esforço conjunto de todos, mas era por isso que a gente usava desta forma.

E agora, esta solidariedade operante, que o Willians fala aqui, nós estamos passando por um outro impasse e as coisas não são só como o Jornal Nacional coloca. Araçuaí apareceu semana passada, e aquela questão da fome, e eu acho que não é só neste ângulo, mas tem algumas coisas muito verdadeiras e muito presentes lá, nós estamos por um período de uma seca muito grande, e tem familiares que estão chegando para gente e tão falando que tiraram do hospital, tem esta coisa toda, mas só que eles só estão comendo de 2ª a 6ª no NAPS, sábado e domingo não estão. E aí, o Willians me falou dessa solidariedade operante, que eu acho que tem que começar toda de novo, os técnicos não dão conta sozinhos, o dinheiro não chega. Pedro Gabriel fala e eu acho que isso é um fato, que não é exclusivo de Araçuaí, não é da microregião, é do Ceará, é de Quixadá, é de outras cidades que eu conheço que vivem aquela seca. A gente falar em serviço substitutivo, eu juro, é muito bom, mas existe uma realidade por trás disso, presente e marcante, e que dói, que estas pessoas precisam tomar remédio, precisam viver. A gente está disposta a ajudar, é uma cidade carente, é uma região muito pobre. Aí, eu queria perguntar para o Willians: é fácil? Porque eu estive em Campinas e fui no Cândido e ele me perguntou, depois da visita, quais eram os problemas que eu achava que eles tinham? Quando eu olhei, disse: "Nossa, nenhum!" Eu estou brincando, acho que eles têm alguns, definitivamente, eles devem ter lá sim. Mas numa cidade com uma renda per capita excelente, com pessoal que pode ajudar nesta parte, que nós não temos. Acho que temos uma cultura muito forte, um povo muito sofrido, mas muito batalhador, mas falta esta outra parte. Aí eu peço, a quem estiver aqui, Pedro Gabriel principalmente, para me dizer quando que esse dinheiro vai, porque internados, eles não estão mais.

**WILLIANS VALENTINI:**

Eu queria falar, eu conheci a Carla por um telefonema que me pedia ajuda para contratar um psiquiatra. E ela me falou que não havia psiquiatra e que eles trabalhavam sem psiquiatra. Aí, eu falei, não, eu quero ir aí para ver como é que faz sem psiquiatra. Porque isto que você está dizendo, eu sei que é dramático, mas talvez a gente possa aqui fazer uma denúncia, de que quando a equipe assume que ela não vai encaminhar para o hospital psiquiátrico, na verdade, ela não consegue acessar o crédito que o hospital psiquiátrico teria de pagamento da internação, para ela operar, intervir na realidade. Esta situação de seca podia ser uma situação de exceção, nós temos que articular isto com o Pedro, para nós imaginarmos que os quadros que não serão internados representarão transferência de crédito, para invenção de recursos lá. Nós temos que fazer isto, temos que denunciar e fazer.

**PERGUNTA:**

(sem identificação)

Eu gostaria de saber sobre alguma experiência, que possa ter sido desenvolvida em Campinas, a respeito do trabalho com os usuários, no sentido de organização de coletividade com eles, para geração de trabalho e parceria com alguma entidade que se disponha estar recebendo esta troca.

**WILLIANS VALENTINI:**

Nós temos no próprio serviço dez oficinas profissionalizantes, todas geradoras de renda. São 180 pessoas trabalhando diariamente. Estas pessoas além de trabalhar e produzir, também participam da venda e estas oficinas tem uma receita mensal de mais ou menos vinte e cinco mil reais. Nos momentos de pico de final de ano esta renda cresce muito. Estas oficinas são acompanhadas por uma associação de usuários, familiares, profissionais de saúde, voluntários, etc., mas está nascendo um conjunto de cooperativas,

estamos gestando as cooperativas, estamos aprendendo a fazer cooperativas. Têm pessoas fazendo curso para saber como transforma a associação em cooperativa. Nós não temos uma cultura, a cultura nacional não é de cooperação, é de contratação e de obediência. Estas oficinas, todas, têm uma lógica de funcionamento e elas têm desafios. Os pacientes têm monitores que os acompanham e eles têm desafios, que eles enfrentam. Um dos maiores desafios é melhorar cada vez mais a qualidade do produto e aumentar cada vez mais a renda deles. A renda que eles vem recebendo é, no mínimo, um salário mínimo mensal e a forma de organização prevê diariamente uma roda de avaliação do dia, onde as pessoas conversam, discutem, fazem compromissos, etc. Nós estamos descobrindo que esta alternativa, este modo de oferecer trabalho e geração de renda, tem tido uma repercussão muito grande na vida dos pacientes. As famílias dos pacientes que nos procuram, hoje, muitas delas, vem solicitar a inclusão de membros da família neste processo. Alguém já falou disso hoje aqui, da crise social que nós estamos enfrentando. E nós estamos iniciando um processo de transferência e de inauguração de espaços outros na cidade, para que estas coisas possam ser feitas no bairro onde eles vivem. Agora, é um processo extremamente rico do ponto de vista da oferta da identidade nova de trabalho. Eles passam a se apresentar como vitalistas na oficina de vitrais, mosaiqueiro na oficina de mosaico, artista plástico na oficina de artes plásticas, etc. Esta construção da identidade vai se dando e vai saindo essa máscara de paciente. Muitos deles, inclusive, vivem impacientes com a gente, porque o nosso tempo, em geral, não dá conta de responder coisas que são muito urgentes da realidade deles. No entanto esse processo vem crescendo, quer dizer, nós estamos ampliando isso.

PERGUNTA:

Eu vou talvez ser imprudente porque tem gente com mais necessidade, mas o meu problema é muito grave. Eu sou Juíza de Rio Casca, e com a desinstitucionalização do sistema psiquiátrico de segregação, inclusive os manicômios, há uma desova muito grande no judiciário. O pequeno infrator reiteradamente, semanalmente, às vezes até diário, comete infrações pequenas e na medida que ele não tem tratamento, não tem uma resposta do judiciário, não tem do sistema de saúde, principalmente nos pequenos centros, está se tornando grande infrator. Eu como uma operacionalizadora do sistema e como ser humano tenho sido vítima constante da violência e da situação de perigo. Na região que eu moro, nós também não temos psiquiatra, não temos apoio de uma rede de saúde mental, a incidência é muito grande. Estou aqui porque fui convidada pela ESMIG e pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental de tanto buscar ajuda e não sei mais como gerenciar o problema que eu tenho diariamente. Esta semana, me procuraram duas famílias, depois do Seminário que a gente teve, todos de deficientes mentais com reiteradas infrações, algumas até de potencial ofensivo de alta periculosidade, tem um caso crônico que vive querendo me matar. Fazer o quê? Eu já levei para a minha casa, também não adianta.

PERGUNTA:

Eu sou Vera, do CERSAM de Perdões, sou psicóloga na microrregião do Alto Rio Grande, que tem 8 municípios. Quando a Carla falou, me deu muita vontade de vir falar também, porque é justamente o que estou lutando, estou pedindo. Será que aqui não seria o espaço para a gente sair com uma proposta, com pelo menos um pedido oficial, um documento, alguma coisa de reversão de AIH's psiquiátricas para os serviços substitutivos? No nosso caso lá, em 1998 tivemos 394 internações psiquiátricas e 1999, 421 e no ano de 2000, que foi após a implantação do serviço microrregional, baixou para 180. Nós economizamos 220 AIH's psiquiátricas, que correspondem a 800 reais, mais ou menos, cada uma. Nossos municípios são todos pequenos, alguns com 3.000 habitantes, com 10.000 habitantes, com 18.000 habitantes. A gente fica sempre dependendo de boa vontade política, dependendo de boa vontade do Prefeito, se o gestor e o Prefeito querem continuar com o serviço ou não, porque este dinheiro não foi revertido. Boa vontade para trabalhar, garra para trabalhar a gente tem, a gente banca. Mas a questão

do financiamento é importantíssima. Nós não podemos perder este Seminário para formalizar alguma coisa, porque realmente desestimula, a gente cansa de batalhar.

#### FERNANDA NICÁCIO:

Ainda em relação à questão do trabalho. A gente teve, na experiência de Santos, a oportunidade de construir dez projetos e lá a gente denominava de "Projeto de Inserção no Trabalho", com vários atores envolvidos da cidade. Acho que isto foi trazendo uma possibilidade, não só com outros interlocutores fora da área psi, mas também de enraizamento em vários pontos da cidade, a partir de projetos comuns. Por exemplo, a Prefeitura tinha um programa que chamava: "Adote Uma Praça", onde o empresário poderia estar assumindo o cuidado de uma praça, em troca de uma propaganda. E nós fizemos uma proposta para que fossem os usuários a cuidar destes jardins. Isso implicou num conjunto de discussões que trouxeram novas outras questões, porque aí implicava em sentar com os empresários, um interlocutor que, a princípio, não estava muito próximo de nós.

Nós tivemos uma outra possibilidade. Existe um conjunto de serviços, e acho que este é um tema que a gente podia explorar mais, que as administrações realizam. Nós começamos a pensar que alguns destes trabalhos poderiam ser realizados como trabalho efetivamente pelos usuários, mas isto implicava em processos de formação, mas processos de formação mesmo, entendendo aqui como um conjunto amplo de intervenções. Por exemplo, um grupo começou a ser formado para trabalhar com limpeza e desinfecção de caixas d'água, a partir dos próprios recursos da Secretaria de Saúde. Um grupo de usuários foi formado para isso, aprendeu como se fazia isso, construiu um grupo em torno a isso e a nossa idéia era de que, no processo, a gente poder entrar numa discussão clara com a Prefeitura, de aquele grupo poder entrar, na medida que estivesse formalizado como tal, no processo de licitação juntos com outros, como entravam outros grupos da cidade. Nós fomos trabalhando progressivamente com este conjunto, e acho que aí, vão surgindo possibilidades de articulação. Num outro momento, a gente começou a trabalhar na usina de lixo reciclável, pensando sempre no processo como um processo de qualificação. Então, a idéia não era só a do trabalho, mas pensar no conjunto de relações. Ou seja, os usuários estavam trabalhando, por exemplo, na usina de lixo reciclado, mas participavam e entravam em todas as discussões sobre meio ambiente, sobre o que significa o lixo, entravam na discussão com outros atores, com outras redes. E eu estou colocando isso, porque acho muito importante a gente apresentar estas possibilidades, mas que também é fundamental superar a lógica tradicional da reabilitação, que coloca isto sempre como um final de um processo, como se o trabalho fosse o ideal normativo da reabilitação e fosse o final de um processo. A idéia com a qual que a gente trabalhou, foi de que um conjunto de questões são direitos das pessoas que, não precisam percorrer determinado caminho para conseguir aquele prêmio. A inserção no trabalho não estava mais no final do processo de reabilitação e se apresenta como uma das possibilidades, como um dos instrumentos para que a gente possa colocar em jogo e desenvolver o processo de produção de autonomia.

Às vezes nós tínhamos pessoas muito graves trabalhando, e isto foi um instrumento muito interessante nos seus processos. Para outras pessoas, este instrumento não era o mais importante e então nós vamos tentar jogar com outros instrumentos, e é neste sentido, a idéia de serviços complexos, serviços que possam ter um conjunto de instrumentos a serem utilizados, dependendo do momento das pessoas. A gente teve a oportunidade de fundar a primeira Cooperativa, com a presença de pessoas com transtornos mentais, inclusive com transtornos mentais muito graves, que foi a Cooperativa Paratodos, que nós fundamos em 1994. Ela era uma cooperativa constituída por pessoas com transtornos mentais muito graves e com pessoas que anteriormente viviam nas ruas. E respondendo então a questão da Miriam, ninguém nasce cooperativa, é o se fazer cooperativa, que nos possibilita a isto.

E é claro que isso é um processo constante. Hoje, por exemplo, a Cooperativa se tornou muito diferente do que ela foi há quatro anos atrás. Hoje a Cooperativa retornou as

relações de chefia, de hierarquia, de ausência de discussões, de fragmentação do processo de trabalho. A idéia inicial era da cooperativa poder ser um instrumento para a gente poder transformar uma série de questões: das relações de trabalho, das formas das relações de poder durante o trabalho, etc.

Em relação ao que a Juíza estava colocando: você percebe esta causalidade entre pessoas que foram desinstitucionalizadas e infração? Eu pergunto isso pois não tem sido este um registro muito presente. Por exemplo, nós não temos nenhum estudo na experiência de Santos, estudo no sentido de estudado, pesquisado, etc., mas o nosso conhecimento daquela realidade durante oito anos, com acompanhamento muito de perto de todas as pessoas, não nos mostra isso. Vamos pensar um pouco: o hospital psiquiátrico, no caso de Santos, tinha 500 leitos, mas ele atende uma faixa muito circunscrita de pessoas. O sistema de saúde mental que foi produzido em Santos posteriormente, tinha uma capacidade cinco vezes maior do que o hospital, porque embora o hospital tivesse 280 leitos, ele tinha 500 pessoas internadas. O sistema de saúde mental de Santos, no final do processo, atendia 2.500 pessoas. Neste processo, na nossa experiência e à partir de alguns outros estudos de outras experiências, nós não temos observado esta relação de causa entre pessoas desinstitucionalizadas e um aumento de infração.

Para terminar, primeiro, eu queria desarticular esta questão da desinstitucionalização com o aumento da infração, até porque a nossa discussão é muito próxima, por exemplo, da discussão do asilamento das crianças e adolescentes. Uma criança na FEBEM custa mil reais. Nós vivemos num país, onde estamos tão acostumados a achar que algumas coisas não vão para a frente por falta de dinheiro, e é verdade, só que nós temos 800 reais nos hospitais psiquiátricos, por pessoa, nós temos mil reais por criança asilada na FEBEM. Então, eu queria separar um pouco estas duas questões, até porque a nossa maior realidade ainda é o abandono. Acho que nós temos que enfrentar claramente as instituições asilares, mas não tenho nenhuma dúvida, de que a nossa maior realidade é o abandono total. Pessoas que inclusive estão asiladas dentro de suas próprias casas, muitas vezes. Não tem sido poucos os exemplos de serviços, ações e programas que estão encontrando pessoas amarradas em casa, encontrando pessoas dentro da casinha do cachorro, etc.

A segunda questão, eu acho que tem uma produção social de violência, que certamente a saúde mental tem um papel muito importante, mas nós precisamos ter muita cautela para não medicalizar isso tudo que vem acontecendo. Eu acho que tem, sim, um aumento da violência, mas não tem a ver com os loucos, não tem a ver com os jovens infratores. Eu acho que tem a ver com a produção de relações cada vez mais violentas. Acho que a saúde mental tem que entrar, mas ela não pode transformar isto numa questão específica.

A outra questão onde tem um entrecruzamento. Eu acho que temos que começar a discutir, de forma mais clara, a questão do Código Civil, do Código Penal, trabalhar melhor esta discussão de inimputabilidade, de imputabilidade. Se nós estamos falando da cidadania, não dá para depois brincar e dizer: "olha, então quando eu cometo um crime, não era". Não dá para ser assim, não dá para brincar de ser só cidadão até um pedaço, depois não é mais cidadão. Mesmo porque, as pessoas que são julgadas como inimputáveis, que vão para o manicômio judiciário, elas recebem duas penas. Elas recebem duas penas porque, diferentemente do outro preso que cometeu o mesmo gesto infrator, elas não sabem quando vão sair, elas não tem uma pena a cumprir. Elas têm um eterno, que inclusive, na discussão que eu sei que vocês de Minas também estão fazendo com o Direito, uma questão se coloca: são dois gestos infratores iguais, que acabam tendo penas muito distintas. Nós sabemos, que é claro que no manicômio judiciário existem situações muito graves, muito limite, mas também têm várias pessoas no manicômio judiciário que quebraram um orelhão. É disto que estamos falando. Nós temos várias pessoas nos manicômios judiciários, como aliás saiu, na semana passada, no próprio Jornal Nacional, que foram presas ou correm risco de ir para o manicômio judiciário, porque roubaram uma galinha. Então, é disso também que nós estamos falando e aí eu acho que não tem jeito. Eu brincaria com uma coisa assim: eu acho que a desinstitucionalização passa pelo judiciário também.

Hospital Psiquiátrico versus Serviços Substitutivos:  
Um Embate no Campo do Ensino.

---



## Ementa

São muito diferentes, e mesmo antagônicos, os estilos dos saberes e discursos que se produzem nestes dois campos. No hospital psiquiátrico, o paciente se encontra à disposição de um regime de observação que propicia o registro de certos dados, permite realizar certas pesquisas: aliás, é muito comum, mesmo nos chamados hospitais de ensino, que a duração mesma de sua permanência se subordina à obtenção daquilo que se quer saber sobre ele. Possibilita-se a elaboração de um saber cumulativo, que raramente contradiz o que se sabia, mas vem confirmar ou ampliar numa direção determinada o conhecimento anterior. Nos serviços substitutivos, onde o tempo transcorre de uma maneira distinta, as coisas se passam de uma outra maneira. A curiosidade é sempre bem vinda, mas não se pode confundir com qualquer forma invasiva ou indiscreta de saber sobre o outro, que resulte em qualquer domínio sobre seu destino. A própria posição da teoria como fundamento das práticas desaparece; por outro lado, aquilo que se sabia vem contrastar muitas vezes com o que se passa a aprender. Este aprendizado, ao invés de ordenar o trabalho, é um de seus efeitos, compondo saberes que importam menos por seu conteúdo que por sua forma de articulação.

Evidentemente, os serviços substitutivos não são incompatíveis com o ensino da psicopatologia, da psicofarmacologia, da psicanálise e demais disciplinas psi; com certeza, porém, redimensionam os lugares destas disciplinas, convocando alunos e estagiários a pensamentos, estudos e questões inabituais no currículo acadêmico. Neste sentido, o hospital psiquiátrico é certamente muito mais conveniente para aquilo que a universidade, inclusive seus alunos, entendem como formação.

Afinal, há toda uma tradição na relação ensino-assistência que a desequilibra, supostamente a favor do primeiro termo, desobrigando estagiários, alunos e professores de uma atuação efetiva no trabalho assistencial: o assistir que se reduz a olhar e ver, numa posição exterior ao que acontece, é preferido ao assistir efetivo, que significa atuar, comprometer-se e participar. O hospital psiquiátrico, certamente, presta-se bem a esta tradição: não se importa de simplesmente exibir seus pacientes, como vemos nos cursos de psicopatologia que fazem circular nas enfermarias dezenas de alunos, que nada levarão dali, nada que realmente importe, nem nada deixarão de si neste processo.

Neste embate, entendemos que a interlocução com a universidade, a organização de estágios, a prática do ensino em geral, são ações a estimular-se nos serviços substitutivos, proporcionando aos futuros trabalhadores de Saúde Mental o contato com um modelo assistencial onde devem atuar futuramente. Vale observar, todavia, que esta interlocução nem sempre é fácil - e não encontraremos a forma correta de efetua-la, se não demarcarmos as razões e as formas do embate do ensino que se promove nos hospitais e nos serviços substitutivos.

**Sandra Fagundes**

Secretária Municipal de Saúde de Viamão, RS.

Bom dia a todos, bom dia à nossa mesa afetivo-intelectual.

Começo saudando publicamente a organização do seminário, em especial a Miriam Abou-Yd, que fez os contatos, articulou a possibilidade deste encontro e viabilizou minha vinda para cá. Através da saudação a Miriam cumprimento toda a comissão organizadora.

#### **Harmonização de agendas**

Quero contar um fato, o qual sinaliza o processo que estamos vivendo: quando a Miriam ligou, eu estava lendo as conferências de Basaglia feitas em Minas Gerais, justamente aqui! Então respondi: "acho absolutamente preciso, sintônico e harmônico, abro qualquer agenda para estar aí, porque vai ser bom em relação à troca afetiva, intelectual e para atualização entre nós". E para estar aqui hoje efetivamente foi necessário abrir a agenda: temos uma assembleia de secretários municipais de saúde no Rio Grande do Sul, para mudança no estatuto de nossa associação, da qual exerço a vice-presidência. Também hoje é o dia da fundação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, hoje é dia de São Pedro. Lá têm atividades relativas à desconstrução, ao processo em andamento de transformação e fim daquele hospital. Ainda, ressalto que vivo num contexto de gestões municipal e estadual comprometidas com a reforma psiquiátrica, situação ímpar para a maioria de nós.

#### **Capacitação de pessoas**

A capacitação é um processo no qual trabalhamos bastante e intensamente desde 87 no Rio Grande do Sul, que vou tentar situar e que talvez possa contribuir para o conjunto de participantes. O processo que temos desenvolvido lá e, sei que é muito semelhante em todo o país, tem sido a partir dos serviços. O lugar em que privilegiadamente tem-se inventado o conhecimento e inventado a atenção têm sido os serviços substitutivos e até os inquietos e conflitantes integrantes de equipes dos hospitais psiquiátricos. Em menor volume, não necessariamente em menor qualidade, esta produção ocorre nas universidades. Já houve um tempo em que afirmava que não era na universidade que se criava tecnologia substitutiva de saúde mental. Hoje nós já estamos numa situação diferente, a própria mesa representa isto: já existe hoje, nas nossas universidades, felizmente, produção sim de conhecimento e invenção de tecnologia em saúde mental.

O que temos produzido desde o Rio Grande do Sul, nominamos de Saúde Mental Coletiva e, inicialmente, colocamos este nome para marcar uma certa diferença. A saúde mental que estávamos querendo construir, não era a saúde mental ambígua, a saúde mental que abrangia a todos ou uma saúde mental vinculada ao preventivismo,

que no estado era bastante forte. A marca sinalizava uma política pública. Após seis anos de experiência que abrangia capacitação, geração de serviços e constituição do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, ousamos conceituar saúde mental coletiva enquanto "um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida" (Fagundes, S.1993). Para implementar a referida política, desencadeamos cursos de capacitação, os quais chamamos de Administração de Serviços em Saúde Mental Coletiva. O que estávamos querendo demonstrar? precisávamos criar novas estruturas, inventar instituições e a terminologia gerencial administrativa poderia mobilizar pessoas, que já estavam cristalizadas ou identificadas na sua formação profissional específica, mas que se sentiriam convocadas ou provocadas para participar de um território outro, não conhecido como administração de serviços e políticas públicas. Foi uma estratégia que teve efeitos esperados, pois efetivamente conseguimos criar serviços substitutivos. Entendemos que foi uma convocação pelo desconhecido, de identificação e superação de ignorâncias. Verificamos que a ignorância compartilhada coletivamente num espaço de aprendizagem é mais fácil de ser explicitada. Narcisisticamente torna-se mais fácil reconhecer que não soubemos determinados processos e ficamos mais disponíveis para aprender e criar.

Um dos nossos pilares conceituais e que foi cada vez se mostrando mais pertinente a este processo foi o pensamento de Mário Testa e de Ruben Ferro. O Mário Testa formulou o postulado de coerência e tem semelhanças com a proposta do Matus, do Planejamento Estratégico. O postulado de coerência, entre outras questões, parte da constatação de que um dos fracassos das propostas de políticas públicas de transformação é a incompatibilidade e incoerência entre os propósitos, os métodos e a organização.

Então, o nosso esforço, a partir de 87, tem sido de buscar criar coerência entre os propósitos de mudanças: éticas, epistemológicas, políticas - política definida como proposta de distribuição de poder - com as organizações e os métodos utilizados para estas transformações.

Acumulamos muito no campo da saúde pública, também, no campo da saúde mental, em relação à reforma psiquiátrica, da necessidade de modificarmos e de criarmos tecnologias de cuidados, de terminarmos os hospitais psiquiátricos e manicômios, especialmente os manicômios mentais dos trabalhadores e da sociedade, para que a loucura ocupe outro lugar na sociedade, junto aos trabalhadores, nas instituições. Mas, precisamos saber como se faz tudo isto? Eis, um território muito propício para respostas de gestores e trabalhadores de saúde: quais métodos e quais organizações precisamos criar?

A capacitação que vale a pena multiplicar e ser utilizada é a que indaga sobre quais organizações são coerentes com os propósitos de mudanças e quais os métodos são utilizados desde a própria formação. Uma questão é dirigida aos trabalhadores que já estão nas instituições, como modificar suas práticas? Uma das possibilidades é de propiciar a capacitação em serviço. Este tem sido nosso campo de intervenção e os cursos são oferecidos para trabalhadores de instituições municipais e estaduais. Outra questão decorrente da primeira é: sendo a capacitação em serviço, como fazer para facilitar o acesso das pessoas, sabendo que a organização do trabalho e os gestores dificultam a saída das mesmas? E quanto ao território a ser "ocupado"? a necessidade é de um território ampliado, ou seja, a capacitação em serviços não diz respeito só às instituições que existiam, que no caso eram os hospitais psiquiátricos e alguns ambulatórios de saúde mental. No nosso caso, o dos municípios, um território privilegiado de invenção de instituições e de mobilização de novos trabalhadores e até de atores sociais. Passa, então, o município a ser o nosso lugar privilegiado.

Como fazer para atingir as pessoas que vivem nos municípios? E, daí, a necessidade de cursos descentralizados, que ocorram em vários municípios, durante os fins de semana e

à noite, para que as pessoas mesmo em trabalho possam frequentá-los. E os professores? A definição é de equipe constituída por professores de várias profissões, Instituições e regiões e dispostos a Itinerância. A lógica é de incluir trabalhadores e populações que estavam excluídos do processo de formação. Desse modo realizamos de 87 a 96 dezenove cursos de administração em saúde mental coletiva, trabalhamos com 985 alunos em aperfeiçoamento e 162, em especialização e contamos com 75 professores. Já em 92, tínhamos 112 serviços de saúde mental criados nos nossos municípios.

Ancorados no pensamento estratégico trabalhamos com a categoria central de poder, enquanto capacidade de mobilizar, de propor, de gerar é gerir recursos e tecnologias. Pensamento que direcionou indagações e possibilidades para: que ensino? que conceitos trabalhar? que tecnologias? com quem e para quem nosso trabalho seria dirigido e que trabalho iríamos constituir nos nossos municípios? A lógica é de territorializar, enraizar e de possibilitar a continuidade das políticas e serviços independentemente dos períodos das gestões governamentais. Para tanto, nós precisamos identificar aliados junto aos municípios, desencadear processos de mobilização, de alianças e trabalhar com políticas sociais, o que propicia o trabalho junto à câmara de vereadores, junto ao executivo, junto aos movimentos sociais, junto à população, junto aos próprios formadores dos diversos locais.

Hoje, alguns serviços têm servido para construir conhecimento legitimado no campo universitário através da formulação de dissertações de mestrado e teses de doutorado. As dissertações e teses legitimam, trabalham sobre o inventado e contribuem para a consolidação do processo. São Lourenço do Sul, que tem o serviço mais antigo, foi objeto de tese de mestrado. Bagé, com um dos serviços mais antigos - a oficina de criação coletiva - é objeto de tese de mestrado da artista plástica e educadora que fundou esta oficina, trabalhando com o discurso e com a participação dos participantes das oficinas. Ela não chama de usuário, ela chama de participante da oficina. Uma enfermeira trabalhou em Santo Cristo e lá um dos indicadores era de alto índice de suicídio, seu mestrado e tese de doutorado foram sobre a questão do suicídio, primeiro na região, depois no estado e tem contribuído para a formação em saúde mental na universidade. Outras teses foram elaboradas: sobre a lei da reforma psiquiátrica do RS, sua autora é a coordenadora estadual de saúde mental, a assistente social Miriam Dias; sobre cidadania e população de rua, de outra assistente social, que trabalha em um serviço chamado Abrivivência. O nome já é produto deste processo que reúne Abrigo e Convivência. Outros profissionais fizeram teses, relocalizando e ressignificando sua categoria profissional na reforma psiquiátrica, por exemplo, o enfermeiro no serviço substitutivo de saúde mental.

Basicamente fomos construindo neste processo, dirigentes/gerentes de políticas públicas seja no executivo ou diretores de departamentos universitários, capazes de criarem espaços para invenção, de facilitarem a possibilidade de criação de serviços substitutivos de saúde mental.

É os operadores? têm sido capacitados através dos cursos de especialização, da residência multiprofissional e cursos de aperfeiçoamento.

A estrutura dos cursos inclui:

- a história dos municípios e dos processos sociais, bem como as categorias analíticas: poder, exclusão, inconsciente como categorias centrais e organizadoras do pensamento, juntamente com a desinstitucionalização, a desconstrução.
- a construção de políticas, como o estado e a sociedade têm excluído e quais as possibilidades de inclusão. Nossa cidade, nossos movimentos e quais as desterritorializações temos que fazer permanentemente.
- as organizações que podem ser coerentes com processos inclusivos e trabalhar com as categorias do óbvio, local e cotidiano, as quais têm sido organizadoras, desencadeadores dos processos locais.
- As respostas tecnológicas que são criadas e geradas nestes locais. Por exemplo, no dia 18 de maio se cria o "chimalouco". Isto é próprio do Rio Grande do Sul, se propusermos

Isto para Minas não vai dar certo. No Rio Grande do Sul rodas de chimarrão para discutir determinados problemas e como espaço de diálogo funcionam. Convocam a história, convocam ao que já é do cotidiano, mas para discutir um outro tem, para buscar novas soluções, novas perguntas e novas respostas para os problemas que surgem.

- A elaboração de um projeto viável em saúde mental coletiva para os locais de trabalho/vida dos alunos/trabalhadores/cidadãos.

Muitíssimo a vô de pássaro é o que gostaria de iniciar socializando com vocês.

Muito obrigado.

**Marcus Vinicius de Oliveira**

Professor da Universidade Federal da Bahia  
e militante do Movimento da Luta Antimanicomial, BA.

Eu queria começar a nossa conversa de hoje pensando, resgatando do nosso trabalho de ontem, duas teses que eu acho que são importantes e que enfim devem estar orientando o nosso pensamento nesta discussão. A primeira tese é a de que o fim do hospital psiquiátrico será obra daqueles que deliberarem que querem o fim do hospital psiquiátrico ou seja, nós não vamos assistir ao fim do manicômio por força do decurso de prazo ou da inércia que fará do desuso um decreto de fim. Caso não nos disponhamos a enfrentar o manicômio, por mais obsoleto que ele possa parecer, o seu uso persistirá enquanto persistir uma sociedade marcada pela perspectiva da ordem e da normalização.

A segunda tese afirma que a Loucura representa sempre uma alteridade radical em relação à Cultura, enquanto quadro organizado e instituído como realidade. E que a sociedade tem sempre que produzir instituições que possam dar conta do caráter radical da loucura. Mas todas, as instituições que a gente possa produzir para tentar enquadrar a loucura são sempre instituições que tenderão a serem opressivas em relação à loucura. Estou trazendo estas duas teses porque eu acredito que para discutir o tema que está posto aqui elas são fundamentais.

Primeiro, para a gente discutir que tipo de gente queremos formar e para que a gente precisa desta gente. Que tipo de gente a gente precisa formar e para quê a gente precisa formar esta gente. Eu acho super importante definir o quê exatamente que a gente quer. Se a gente define que queremos o fim do hospital psiquiátrico, a gente vai ter que formar uma gente que possa ser capaz de fazer isto. Por lado, a gente tem que saber que este processo de construção do fim do hospital psiquiátrico - e aí estou assimilando todas as reflexões que o Willians trouxe aqui, que o Gastão trouxe enfim - pode ser um processo que demore mais ou menos, que incorpore todos os recursos incluindo o próprio hospital como instrumento da sua superação.

Enfim um processo que incorpora o passado que de certa forma nos lega o hospital para superar, mas de qualquer maneira é preciso que a gente defina o quê a gente quer, para saber que tipo de gente a gente tem que formar é preciso saber para que a gente está formando as pessoas. E saber que neste processo de invenção, de construção do que vai se colocar em substituição ao hospital psiquiátrico, de certo modo nós trabalharemos permanentemente no campo da provisoriedade: no campo da suspeição acerca das nossas invenções, e no campo provisoriedade.

E aí, estou trazendo estas teses, sobretudo esta segunda porque ela é extremamente problemática, porque ela implica em uma certa contradição com o estatuto de definição ontológico e epistemológico com o qual nós operamos regularmente na

construção da realidade social. Porque a nossa ontologia diz o que é, é e o que não é não é. E talvez este tipo de ontologia, que afirma que algumas coisas são e outras não são, é um tipo de ontologia muito perturbadora para os que querem trabalhar no terreno da provisoriedade.

Para quem admite a provisoriedade, para quem admite o caráter absolutamente relativo e provisório dos seus inventos assistenciais e das suas construções terapêuticas - porque eles são e não são ao mesmo tempo e vão sendo, e este sendo, este gerúndio, já pressupõe de certa forma uma ruptura com o campo de uma epistemologia que se afirma exatamente pela certeza da definição do que é - isso não facilita muito as coisas. Então acredito que este tipo de questão está subjacente no problema que estamos examinando nesta mesa.

Temos que formar pessoas para uma determinada finalidade e este processo de formação de pessoas para essa determinada finalidade não é um processo, de longe, que nós poderíamos chamar de um processo de natureza simples, é um processo de natureza complexa. E trabalhar neste campo da complexidade, assumindo este campo da complexidade e abrindo mão deste regime ontológico, que afirma a positividade do ser, e deste regime epistemológico, que afirma a objetividade dos entes que vão ser conhecidos numa determinada relação com os sujeitos que conhecem, isto tudo nos traz dificuldades, muitas dificuldades. Eu acho que assim embola muito o nosso meio de campo e sem dúvida nenhuma traz problemas.

Do ponto de vista prático, eu queria pensar com vocês que um processo de formação é um processo que fundamentalmente opera num regime de produção de identidade. Nós podemos pensar a formação como um processo de formação como um processo no qual você vai buscar selecionar algumas experiências e aqueles que passaram por estas experiências selecionadas ao final terão uma identidade que decorre exatamente de terem sido partícipes deste conjunto de experiências planejadas, experiências previamente escolhidas e eleitas como experiências indicadas para que estes sujeitos ao final desta seqüência possam produzir uma certa identidade.

Qual é a identidade? A identidade como a identidade dos sujeitos que experimentaram um determinado conjunto de experiências previamente selecionadas e disponibilizadas pelo processo de formação. Eu estou querendo dizer com isto que não é absolutamente indiferente o tipo de experiência que nós selecionamos para oferecermos aos sujeitos e assim estabelecermos as identidades que hoje estão em curso.

São essas as identidades profissionais que hoje estão em curso no nosso campo da saúde mental. Nós sabemos que é uma questão estratégica fundamental, você produzir - produzir talvez seja uma expressão ruim e talvez a gente pudesse pensar em criar possibilidades - então você estaria criando a possibilidade que um conjunto de sujeitos pudesse estar organizando uma experiência que conferisse uma certa identidade, que seria, no caso, a identidade que nos interessa, a identidade de pessoas que lidam com o sofrimento mental numa perspectiva da liberdade.

Curiosamente, o que nós temos como processo principal de formação nessa área, do ponto de vista do campo teórico, é um conjunto de saberes que se organizam exatamente a partir daquela ontologia e daquela epistemologia problemática que eu me referi anteriormente. E do ponto de vista do locus, do lugar, da organização das experiências, elas são organizadas fundamentalmente tomando como referência o espaço exatamente que nós pretendemos combater, o espaço do hospício.

Majoritariamente, a formação dos estudantes de psicopatologia- e eu tive um campo de estágio num processo de reestruturação do Hospital Juliano Moreira, lá em Salvador, mas percebia e percebo hoje que o espaço, o locus, fundamental da formação em psicopatologia dos psicólogos, por exemplo, é exatamente o hospício. É o lugar principal onde a maior parte destes cursos que formam profissionais de saúde mental ainda hoje vão ensinar psicopatologia.

Numa outra perspectiva, com mais gravidade num certo sentido, o locus de formação fundamental da psiquiatria e do psiquiatra é o hospício e eu acredito que isto tem grande

efeito do ponto de vista identitário. A seqüência de experiências que o sujeito organiza é uma seqüência de experiências que o leva de certo modo a tomar como referência, a ter como referência, este espaço do hospício como o espaço que define o que é. Portanto define ontologicamente o objeto da sua intervenção e define também epistemologicamente o que é o que se pode conhecer a cerca disto do que se é.

Então, me parece que nós temos aí um desafio que o desafio de que estes espaços, que são os espaços tradicionais da formação, dos estágios, das residências são espaços absolutamente inadequados para a finalidade a qual nós devíamos nos propor.

Nos cinco minutos que faltam aqui, eu queria tomar então para refletir com vocês três aspectos, pelo menos, que complexificam ou tornam mais difícil o nosso pensamento em torno do processo de formação dos operadores que vão atuar na saúde mental. A primeira dificuldade é que nós temos que lidar com uma dimensão negativa do objeto da nossa pedagogia. É interessante o quanto nós que trabalhamos, que operamos hoje no nosso esforço de contra-hegemonia, o fazamos fundamentalmente em torno do recurso da desnaturalização e do recurso da relativização.

Para nós, nos nossos processos de formação é fundamental operar sistematicamente numa dimensão negativa neste campo, porque ainda hoje formar alguém na perspectiva que queremos, é o mesmo que dizer assim: "aquilo que você acha que é positividade, que tem existência efetiva, que é inquestionável do ponto de vista social e que vem a ser existência do hospício e das práticas dele derivadas que se relacionam com a loucura" é o que não deve ser. Aquilo que você tem como positividade, como construção definida por uma psicopatologia, definida por uma visão objetificante do que se passa com este sujeito, isto é o que não deve ser.

Percebam que não é muito fácil quando você tem que transmitir ideias para alguém e seu principal recurso pedagógico assume a perspectiva da negatividade. Algo como: "esqueça tudo por que de certa forma aquilo que você aprendeu é instrumento de uma construção que é absolutamente relativa, portanto absolutamente datada, histórica" E talvez este seja o motivo e eu costumo brincar com isso, do uso e do abuso da perspectiva da relativização histórica.

Chega a ser muito engraçado, porque em todo curso de especialização de Saúde Mental ler a História da Loucura, de Foucault, torna-se matéria obrigatória. Então eu fico pensando: será se não dá para a gente adiantar um pouco e trazer isto já num outro patamar? Mas, para nós ainda parece-nos como um recurso fundamental, evidenciar que o que parece que é na realidade, não é. Que o que parece que é, na passa de uma construção histórica e relativa - e isso não é pouco e verdade - e o que se diz que esta instituição do hospício deveria fazer, não é o que ela faz de verdade.

Quer dizer, nós temos aí um trabalho exatamente - que eu estou chamando aqui, por falta de outro recurso, um trabalho suplementar - em função da dimensão negativa do nosso objeto. Por outro lado, eu queria ressaltar, que nós temos um outro problema quando nós tomamos a dimensão positiva do que nós estamos construindo, que é exatamente este conjunto de práticas que se expressam nos NAPS, CAPS e Hospitais Dia. Não é muito fácil a gente ensinar para as pessoas este conjunto de coisas que a gente ensina, porque de certa forma como é que a gente ensina para as pessoas, por exemplo, a busca da cidadania dos usuários como um paradigma da nova forma de atenção.

Mas como é que se ensina a cidadania como paradigma? Será que isto é ensinável? Será que o pressuposto da experiência da cidadania não é fundamental para que os sujeitos possam ter como algo decorrente, não vou dizer natural, mas como decorrente da sua própria experiência. É muito engraçado quando, de certa forma, você tem que pegar categorias que deveriam estar incluídas na vida social, de uma forma como parte do contrato social e converter isto como objeto de uma pedagogia. Como é que a gente pode sistematizar exatamente estas questões que estão postas na dimensão do provisório, estão postas na dimensão do efêmero? Quando a gente quer ensinar o que se passa nos novos serviços é muito difícil ensinar. Os recursos que nós utilizamos para este

ensino, sobretudo do ponto de vista da sistematização intelectual, ainda são muito limitados e provisórios.

O último elemento me parece que é exatamente uma dificuldade relacionada, ao que eu vou chamar aqui, a uma dimensão enigmática do nosso objeto. E aí eu queria pensar se existe ou não existe a singularidade de uma experiência que a gente vai chamar de experiência da loucura. Será que efetivamente - mesmo tomando todos os cuidados para não convertermos, não fazemos o aprisionamento desta experiência, numa perspectiva objetificante? Será que não existiria aí, nesta marca de diferença fundamental na experiência da loucura algo enigmático que efetivamente deveria ser conhecido como tal, reconhecido como tal para que nós pudéssemos, talvez, estarmos desenvolvendo algo que pudesse ser híbrido entre esta positividade e esta negatividade a qual estou me referindo?

Enfim, acho que nós temos aí problemas suficientes para um bom debate.

**Erotildes Maria Leal**

Preceptora da Residência Multidisciplinar em Saúde Mental e da Residência em Psiquiatria do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, RJ

Quero iniciar dizendo da minha satisfação com o convite. Dois são os principais motivos. Primeiro, ter a oportunidade de estabelecer novas interlocuções. Segundo, ter a possibilidade de refletir com vocês sobre as dificuldades que temos enfrentado nos Programas de ensino do qual faço parte.

Antes de expor o que preparei para essa nossa conversa pretendo me apresentar. Isso indicará melhor de que lugar falarei e contextualizará as inquietações e observações que pretendo dividir com vocês. Sou médica e as principais atividades que desenvolvo hoje são:

1. supervisão de 03 CAPS da rede do município do Rio de Janeiro;
2. e trabalho com os Programas de Ensino de pós-graduação realizados em parceria no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, antiga Colônia Juliano Moreira e Hospital Municipal Jurandir Manfredine, ambos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Estas duas instituições, juntas, oferecem dois programas de ensino: o Programa de Especialização Multidisciplinar em Saúde Mental em nível de residência, com chancela do IPUB/UFRJ e o Programa de Residência em Psiquiatria. Vale dizer que o trabalho que realizo nesses programas, no último ano ganhou um caráter mais orgânico. Além da função de supervisora dos alunos, e coordenadora de alguns dos cursos teóricos, passei a fazer parte da Comissão de Ensino. Essa instância responde pela condução dos programas. Ou seja, pela definição do projeto, da linha teórica dos dois programas.

Antes ainda de apresentar o que tenho refletido sobre o tema proposto por essa mesa, quero dar um brevíssimo perfil desses programas. Pretendo, com esta exposição garantir que acompanhem melhor o curso seguido por minhas reflexões.

O Programa de Residência em Psiquiatria já existe há mais de 01 década. O programa multidisciplinar é recente. Acabou de completar o seu primeiro ano. Quando ele foi criado constituiu-se também a Comissão de Ensino que passou a responder pela direção dos dois programas, junto com a figura do Coordenador de cada programa. Foi nesse momento que definimos que todos os programas deveriam responder ao propósito de formar profissionais para o campo da Reforma. Decidimos ainda que a organização dos cursos e dos estágios em serviços deveriam garantir tal propósito. Essa redefinição da direção dos programas explicitou a questão proposta pela mesa, ou seja, atualizou, no campo do ensino, a oposição que é entre o hospital psiquiátrico e os serviços substitutivos.

A direção adotada sustentou a tomada de algumas decisões. Citarei três que foram muito importantes para o destino desses programas:

Criar uma grade de curso que fosse partilhada pelos dois programas;

Instituir como campo de estágio todos os dispositivos institucionais que estavam presentes no Complexo Colônia (Caps adulto e infantil, residências terapêuticas, hospitais de agudos e de moradores). Isto porque até esta data a residência médica realizava-se apenas no hospital de agudos.

Definir que os alunos iniciariam a sua formação nos dispositivos não hospitalares de base territorial – Caps adulto e infantil e residências terapêuticas – e que no caps adulto permaneceria durante todo o primeiro ano.

Os Cursos a serem partilhados tanto pelos médicos quanto pelos profissionais da residência multidisciplinar, eram "Introdução à Psicopatologia", "Psiquiatria clínica", "Noções básica de psicofarmacologia" (para todos os profissionais e um curso avançado de psicofarmacologia para médicos), "Atenção à criança psicótica e em situação de riscos", "Dispositivos Residenciais terapêuticos", "Fundamentos da Atenção psicossocial", "Fundamentos da Psicanálise", "Políticas de saúde Mental", "Metodologia de pesquisa qualitativa e quantitativa" e outros. Fizemos deste modo porque:

- a) Julgávamos necessário apresentar a todos os profissionais, e não exclusivamente ao médico o discurso médico-psiquiátrico. A necessidade de que todos o conhecessem sustentava-se na avaliação de que este saber é hegemônico no campo da saúde mental e por isso mesmo muito forte. Ignorando-o é impossível refletir sobre o seu alcance clínico e introduzir subsídios para a discussão de outras perspectivas de cuidado.
- b) avaliávamos ser fundamental para a formação do médico que fosse apresentado a saberes que não estivessem referidos exclusivamente ao campo de conhecimento médico- psiquiátrico.

A decisão de tomar todas as unidades presentes no complexo Colônia como campo de estágio decorreu do fato de julgarmos importante que os alunos conhecessem todos os dispositivos de cuidado disponíveis para a assistência em saúde mental; tanto aqueles de caráter asilar, que esperamos ultrapassar, quanto os serviços substitutivos que inauguram a clínica que desejamos instituir.

A última mudança - referida ao fluxo - teve o propósito de fazer com que o aluno fosse apresentado a um outro modo de conhecer e cuidar da loucura logo no início de sua formação. Pretendíamos com isso que essa experiência agenciasse um saber que pudesse se constituir em seu instrumento preferencial de compreensão do sofrimento psíquico, no conhecimento que informasse o seu olhar.

Embora estas três decisões estivessem intrinsecamente articuladas, as duas últimas - a que se refere aos campos de estágio e aos fluxos - parecem ter tido maior peso na emergência da questão que esta mesa aponta: a oposição entre o hospital psiquiátrico e os serviços substitutivos no campo do ensino. Suspeito ainda que estas decisões também tenham sido as principais determinantes tanto do nosso grande fracasso com o programa de residência médica quanto do nosso relativo sucesso com o programa de residência multidisciplinar.

Todos os nossos residentes de medicina abandonaram o programa. Obviamente isso não pode ser creditado exclusivamente às mudanças referidas anteriormente. Há, por exemplo, graves problemas na forma de seleção para as residências médicas dos programas dos municípios do Rio. Citarei apenas um: o aluno, no processo seletivo, é submetido a apenas uma prova de clínica médica. Não podemos, entretanto, ignorar que este percentual de abandono nunca aconteceu antes, a despeito, dentre outros, dos problemas do processo seletivo. O abandono sempre aconteceu, mas em níveis menores. Todavia, a indicação dada pelos alunos no período em que estiveram conosco e a justificativa apresentada no momento do desligamento nos permitiu sustentar a hipótese de tais mudanças na condução do programa tiveram forte peso na produção deste grau de abandono. Nada que oferecemos foi capaz de aplacar a angústia e o desconforto que esses alunos viveram nos serviços substitutivo. Para início de conversa,

eles sequer sabiam da existência da Reforma e muito menos de serviços substitutivo. A cadeira de psiquiatria, em suas faculdades de origem (como na maioria das demais), passava ao largo do debate sobre a reformulação da assistência psiquiátrica. Ouví desses alunos afirmações muito impressionantes. Todas revelavam que não conseguiam reconhecer nem nos médicos que encontravam nestes novos dispositivos, nem em seus supervisores, nada que pudesse fazer eco com aquilo que imaginaram ser um psiquiatra. As queixas eram as mais variadas, desde que outros profissionais haviam se apossado de trabalhos que eram por tradição do médico: como fazer história e diagnóstico, até que estes dispositivos não eram dispositivos de tratamento médico e que ao médico deveria caber apenas fazer um bom encaminhamento quando observasse um comprometimento social da vida do paciente.

Se com o programa de residência médica tivemos esse fracasso inegável, o mesmo não aconteceu com o programa multidisciplinar. A seleção da segunda turma, parte de um processo seletivo único para todos os hospitais da rede municipal, nos sugeriu que algo diferente se operava. Fomos escolhidos pela quase totalidade de alunos em detrimento de programas mais antigos e reconhecidos. Estes alunos não necessariamente eram sabedores das propostas da Reforma, embora este discurso da transformação da assistência psiquiátrica tenha hoje, nas faculdades de psicologia do Rio (que são a grande maioria dos alunos dos programas multidisciplinares) muito mais visibilidade do que nas escolas médicas. Os alunos, a despeito deste pouco ou quase inexistente conhecimento do campo da Reforma, se mostravam interessados pela proposta de cursos conjuntos, da possibilidade de conhecerem vários discursos e dispositivos de cuidado, etc. A angústia inicial quando chegavam nos serviços era muito semelhante a dos médicos. Era recorrente a pergunta sobre o que faz um psicólogo no Caps ou numa residência terapêutica. Estes alunos, entretanto, muito mais facilmente conseguiam "construir" um modo de ser psicólogo no CAPs. A dificuldade para se livrarem do modelo que identifica atendimento à consulta individual centrada na avaliação exclusiva do sintoma era infinitamente menor que a dos médicos. A minha pergunta então é: o que promoveu este destino diferente para os dois programas e de que modo isso se relaciona com este embate no campo de ensino denunciado por esta mesa?

Para iniciar um esforço de resposta a esta pergunta lançarei mão de uma outra questão. A expectativa é que assim elucidaremos mais facilmente a pergunta posta acima. Escolho esta estratégia porque a questão que apresentarei a seguir me é mais familiar. Foi sobre ela que me debruçei em minha tese de doutorado<sup>1</sup>. Naquela ocasião tinha a seguinte pergunta: o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (MRPB) consegue efetivamente romper com o modelo de conhecimento centrado numa racionalidade científica e linear, que opera uma dissociação definitiva entre sujeito e objeto do conhecimento? É essa pergunta que retomarei aqui, para tentar seguir adiante no esforço de compreender porque os dois programas que citei tiveram destinos tão diversos e, conseqüentemente, porque a formação de médicos para a Reforma tornou-se um desafio tão grande para nós (freqüentemente a dificuldade de manter médicos em serviços substitutivo tem sido referida como um problema relevante para a reformulação da assistência psiquiátrica. Os médicos têm preferido trabalhar em dispositivos hospitalares.).

Romper com o modelo de conhecimento da ciência oficial – modelo racional, universal, a-histórico - parecia um desafio importante para o MRPB. Afinal ele se propunha a ultrapassar o modelo da psiquiatria clássica. Grosso modo, a "psiquiatria clássica" (assim como alguns saberes psicológicos) estava identificada com o saber médico que tematizou a subjetividade a partir da racionalidade naturalista da medicina moderna. Embora vários modelos teóricos e diversas práticas pudessem ser qualificados como do âmbito da psiquiatria clássica, havia algumas regularidades que possibilitava identificá-los:

- a fisicalidade era tomada enquanto definidora da subjetividade, locus dos atributos morais do indivíduo.

---

<sup>1</sup> Leal, Erotildes Maria, 1999. "O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento." Tese de doutorado em Saúde Mental, IPUB/UFRJ.

- o sujeito considerado louco era concebido como destituído ou mutilado em sua razão e por isso impedido de exercer sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade.
- o projeto central era restituir ao louco sua vontade e sua razão.

O MRPB defende que os elementos que identificam a psiquiatria clássica, se e quando presentes, devem constituir, junto com outros saberes, um campo teórico e prático com características particulares e diferentes das acima citadas. O objetivo desta proposição é garantir a produção de uma outra modalidade de cuidado. Para alcançar isso algumas modificações deveriam se operar. Dentre eles: novos padrões de relação entre paciente e instituição, conseqüentemente novos padrões de relação entre sujeito e objeto do conhecimento.

Não há dúvidas que o alargamento do campo de cuidado é uma característica importante do período mais recente do movimento de mudança da assistência psiquiátrica no Brasil. Ao interesse de responder aos problemas específicos do campo do sofrimento psíquico, causados pela doença, juntou-se o interesse em responder aos problemas que, decorrentes dessas dificuldades ou não, afetavam a vida cotidiana desses sujeitos. Um esforço de integração e totalização de todos os aspectos da vida do paciente revelou-se como condição necessária para vencer o caráter segregador das práticas de cuidado psiquiátrico. Este projeto de cuidado parece inserir-se numa outra tradição de conhecimento, com diferenças significativas em relação ao modelo científico hegemônico no ocidente moderno. Enquanto este último tem características universalistas e racionalistas radicais, com meios e métodos de produção de verdade altamente racionalizados e centrados na razão, esta outra tradição (que marca, por exemplo, algumas linhas da ciências sociais) põe sob crítica o privilégio à lógica analítica, a dissociação entre sujeito do conhecimento e seu objeto. Sob esta outra perspectiva tenta-se vencer uma certa reificação do humano inscrito na matéria e um afastamento sempre crescente do sensível. A singularidade da "experiência", associada à idéia de vida, sob essa perspectiva, é tomada como fonte possível de conhecimento. Uma das conseqüências dessa mudança de modo de conhecer é a produção de uma certa relativização das noções de indivíduo e sociedade que deixam de ser definidas de modo abstrato e atemporal e passam a comportar atributos particulares e especiais.

O MRPB evoca uma outra tradição para se opor ao modelo de conhecimento científico universalista e racionalista linear. O conhecimento científico tecnológico ocidental que se sustenta sobre pressupostos empiristas e universalistas é posto sob questão. Surge a preocupação em promover a reconexão do "indivíduo" com o "meio" que o determina e o constitui (e vice-versa), com críticas radicais às descrições abstratas e descontextualizadas dos pacientes; e considera-se inarredável a articulação entre sujeito observador e objeto observado. Esta outra tradição ressaltaria a singularidade dos fenômenos da vida, sem, todavia, atribuir valor maior à noção de indivíduo.

Obviamente que a adoção de um modelo de conhecimento com tais características não se faz sem conseqüências, sem problemas. Afinal este não é o modelo de conhecimento característico do mundo ocidental moderno. Sequer o hospital psiquiátrico, dispositivo ainda hegemônico no nosso campo, tem sido capaz de fazer operar tal campo de conhecimento ou mesmo de engendrá-lo. Dizendo melhor: o hospital psiquiátrico, que ainda é o principal dispositivo de cuidado existente na nossa área, é produtor de um saber sobre a loucura que é um saber estático, imutável, um saber que tenta restituir ao sujeito uma verdade peralada. Há um privilégio da dimensão biológica do sujeito, tomada enquanto locus da sua subjetividade. Este modo de produção de conhecimento que se opera no hospital psiquiátrico estaria, com certeza, muito mais próximo do modelo de produção de conhecimento clássico da ciência. É verdade que no próprio campo da ciência temos visto reflexões sobre o modo de produção racional de conhecimento. Vejamos a física, apenas para citar um outro exemplo. Está na ordem do dia uma discussão que aponta a possibilidade de se pensar o conhecimento como vindo do incerto, do caótico, daquilo que não se pode definir integralmente. Esses movimentos, todavia, não tem dialogado com o modelo racional já

Instituído. Passam ao largo dele. Embora no campo da biologia tais dúvidas estejam postas, no campo dos conhecimentos médicos esta questão sequer se apresentou.

As conseqüências disso são graves. Citarei as que me parecem mais importantes para nós que estamos preocupados com a formação de médicos para a Reforma. Primeiro: este não é o modo de conhecimento hegemônico nas academias. Em função disso, financiamentos para pesquisas e estudos que se disponham a conhecer o que produzimos no campo da Reforma, são difíceis. Não é raro ouvir relatos de pesquisadores que estão trabalhando aspectos relacionados ao cuidado psiquiátrico, na perspectiva da transformação da assistência centrada no hospital psiquiátrico, referindo terem sido convidados por órgãos financiadores a encaminharem os seus projetos para áreas não médicas. Por exemplo, para as da psicologia ou sociologia. Os efeitos disso são muitos. Se não temos formas regulares e consistentes de produzir conhecimento sobre o que fazemos, dificilmente teremos como competir no mercado da produção científica e de promover mudanças no mundo acadêmico. Outros problemas, da mesma magnitude e relacionado a estas questões merecem ainda ser citados: um diz respeito ao número dos programas de residências em psiquiatria realizados exclusivamente em hospitais psiquiátricos; o outro à direção dada pela Comissão de Residência médica que destina maior parte da carga horária destes profissionais para a formação hospitalar. Como os saberes obviamente não operam fora do mundo, mas produzem mundo, o que vemos é a criação de profissionais médicos incapazes de encontrarem para si "lugar" nos dispositivos substitutivos, porque formados para trabalhar e operar em outra lógica.

Para encerrar quero dizer que destaco estes problemas não para ficarmos pessimistas, mas para chamar a nossa atenção para o fato de que a oposição hospital psiquiátrico/serviço substitutivo revela outras oposições. Por exemplo, a oposição entre modelos dois modelos de conhecimento que concebem de forma radicalmente diferente o sujeito que conhece, o objeto do conhecimento e o próprio saber. E mais, que o modelo de conhecimento que conforma o nosso olhar no campo da Reforma não é o modelo oficial da ciência, mas um modelo marginal. Isto exige que pensemos estratégias para fazer com que o nosso saber ocupe um lugar de reconhecimento no campo da assistência. Os alunos de medicina que abandonaram o programa do qual faço parte não o fizeram sem motivo. Igualmente, se os alunos do programa multidisciplinar foram capazes de permanecer não é porque são melhores do que aqueles. Na verdade, durante a sua formação já haviam sido sensibilizados para esta outra forma de olhar/construir mundos. É notório que em escalas de psicologia, por exemplo, embora os saberes hegemônicos sejam ainda referidos ao modelo de conhecimento racionalista e universalista da ciência ocidental moderna, os saberes marcados por tradições não racionalistas e universalistas têm alguma entrada. As formas de inserção dos alunos nos dois programas sugeriram questões que denunciavam, dentre vários problemas que precisamos enfrentar, aqueles que enunciei aqui para vocês. Com maestria nos indicaram a dimensão do nosso desafio hoje: produzir mais, escrever mais, pensar mais sobre o que fazemos, avaliar melhor a conseqüência de nossas intervenções no campo do cuidado e tornar tudo isso tema de debate nas academias.

**José Jackson Coelho Sampaio**

*Debatedor*

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, CE.

Bom dia aos colegas desta mesa redonda, bom dia a todos vocês.

Eu estava refletindo sobre as minhas relações com Minas Gerais e percebi, não por conta de minha própria vontade, que são episódicas, mas sempre foram muito consistentes. Particpei de dois eventos aqui e eles resultaram em publicações em revistas internacionais e em capítulo de livro. Quer dizer, quando o encontro acontece aqui, os resultados são muito bons.

Cada um dos três relatores usou seu tempo para efetuar um recorte no tema e eu terei que, em quinze minutos, fazer a síntese dos três. Espero dar conta do recado.

Gostaria primeiro de apontar, na fala da Sandra Fagundes, as questões destacadas sobre a relação universidade/serviço, onde numa se sabe e noutra se faz. Como é mesmo que acontece a produção do conhecimento? Esta questão pode ser razoavelmente resolvida se tivermos em mente o problema do poder. No caso do Ceará, a resistência à reforma psiquiátrica se dava nos serviços e foi da universidade que saiu a vanguarda da transformação. Não dá para generalizar, para colocar as coisas na perspectiva ideológica genérica de Partido dos Serviços versus Partido da Universidade. Isto tem a ver com as condições concretas da luta política em cada lugar, em cada momento. Na verdade, a guerrilha da reforma psiquiátrica, da reforma sanitária, de qualquer grande mudança, deve acontecer a partir do lugar onde ela se tornar mais viável. No caso do Ceará, não fosse um pouco o prestígio da universidade, detentora de certa ilusão bonapartista de estar um pouquinho acima das contradições do mundo, nós não teríamos avançado no processo, do jeito que avançamos. A coordenação de saúde mental do estado é conservadora, a Prefeitura de Fortaleza não avança um passo no pântano de suas contradições fisiológicas, e assim, não fossem alguns focos de vanguarda dos trabalhadores em serviço e a universidade, nada haveria.

A outra questão colocada por Sandra Fagundes, da Saúde Pública versus Saúde Coletiva, constitui apenas uma polêmica nominal sobre esta possibilidade de construção de um saber que faz parte da galáxia de conhecimento que interage com outra galáxia, a da clínica. Ambas são galáxias absolutamente necessárias, uma delas vocacionada para lidar com os indivíduos depois que os fenômenos acontecem e outra vocacionada para lidar com os coletivos, com os grupos e sobretudo antes que os fenômenos aconteçam. Tratar, na verdade, não é problema de Saúde Pública/Coletiva. "Coletivo" parece perder a dimensão Individual, "Público" parece remeter apenas a ações praticadas pelo Estado. Enfim, problemas conceituais interessantes, mas que, em si, não melhoram a qualidade de vida das gentes. Precisamos aprimorar os conceitos, sim, sobretudo os de transformação e mudança. Transformar do que para o que? Mudar de onde para onde?

Toda vez que a gente usa a palavra transformar, ela está saturada de um desejo ou de uma fantasia de natureza ideológica. A gente implicitamente sabe para onde quer ir, mas nunca isto é explicitado e fica aí este discurso de candidato de qualquer partido: queremos a mudança, queremos mudar. No Ceará, há quatorze anos estamos paralisados no governo das mudanças. É no detalhe que mora o perigo e é preciso sair do slogan publicitário e qualificar os conceitos. Falta substância e sentido nestas palavras-boieng filhas diletas do marketing. A virtude desta discussão é a da visão epidemiológica crítica, instrumentalizada pelo planejamento estratégico. Introduce-se aqui uma teoria rica, muito fértil, que é a do Mário Testa, e o desafio de entender o lugar que a saúde mental ocupa em tudo isto.

A fala do Marcus Vinicius traz inúmeros desafios. É uma fala teoricamente fina, articulada em cima de pontos cruciais para o avanço do pensamento sobre o viver e o ensinar. Afinal de contas, o que é da ordem da experiência fática, histórica, e como posso apreender este fato depois, por meio de outros, inclusive considerando que todo ensinar é conservador. O ensino necessita para existir institucionalmente de um certo acúmulo de consensos, daí ter sido produzido antes, transmitido hoje, para uso amanhã. Há sempre um delta. Entre o viver e o ensinar. Quando você estuda um certo conteúdo teórico ou profissionalizante na universidade, por exemplo, você está no momento dois, apreendendo um consenso do momento um, para aplicá-lo no momento três, quando a dinâmica do viver já é outra. Há atrasos maiores ou menores, há problemas políticos maiores ou menores, mas todo conhecimento repassado remete a consensos mínimos construídos no passado. Esta dialética, esta tensão entre o vivido e o ensinado constitui realmente um problema importante.

A formação do conhecimento em Psicopatologia é um exemplo. Até o século XVI dominava o paradigma do bem e do mau, da graça e da desgraça, para a compreensão da saúde e da doença. No século XVII, a partir da herança religiosa mas atravessada pelo Iluminismo, engendra-se o paradigma do certo e do errado, mantendo, para saúde e doença, a idéia de realidades distintas, mas de determinação natural. Estas realidades distintas inauguram a possibilidade de uma patologia e de uma anatomia, de uma fisiologia e de uma fisiopatologia, de uma psicologia e de uma psicopatologia. É muito longo o tempo de existência desta metafísica da saúde e da doença como polos, como realidades distintas não missíveis. Se ainda estudamos uma disciplina chamada de Psicopatologia, isto se deve à permanência de um consenso construído no século XVIII, isto é, usando este paradigma estamos atrasados apenas uns 300 anos. Já os séculos XVIII e XIX serão de medidas. O nome dos sintomas, síndromes ou doenças apresenta sempre, do grego ou do latim, um prefixo de quantidade: "a", "para", "dis", "hipo", "hiper". Tudo parte da construção de um ideal estatístico e moral, acrescida, subtraída ou desviada. Um contínuo quantitativo, de mais ou de menos, nos prende, neste caso, há pelo menos 100 anos de atraso. Com todas as transformações acontecidas na infraestrutura do corpo biológico e das trocas sócio-econômicas e na supraestrutura das representações e do imaginário, sobretudo no século XX e neste século XXI recém-nascido, o que ainda podemos elaborar com instrumentos tão antigos?

Marcus Vinicius nos obriga a uma reflexão profunda, sobre um problema que carece de solução urgente, que é a localização da experiência da cidadania na episteme mesma da Psicopatologia.

A Erotides, com outra linguagem, recoloca os mesmos problemas. E acrescenta, de modo muito original, a necessidade de equalizar conhecimentos dentro da equipe multiprofissional interdisciplinar de saúde mental, como um desafio da própria interdisciplinariedade. Há por aí conhecimentos que precisam negociar, compartilhar e gerar, em avanço crítico, outros conhecimentos, articulando necessidades, condições, posições e desejos. Então esta equalização do conhecimento obriga a uma equalização de poder. A formação não poderá ser estanque, em separado. A remuneração já não poderá ser tão desigual.

Vou sistematizar uma experiência minha, aliás muito parecida com a da Sandra Fagundes. Vou aproveitar para um acordo política: que tal, Sandra, constituirmos

Quixadá, no Ceará, e Viamão, no Rio Grande do Sul, cidades irmãs, na perspectiva da saúde mental coletiva. Vale inventar Seminário anual, revezando a sede, numa ponte criativa de 4.000 kms.

Bem, mas alterar a formação no bacharelado é muito difícil. Há uma intensa resistência institucional nos cursos de graduação, por causa da grade curricular muito pesada, sobrecarregada de horas aula, de não sei mais o quê, sobretudo decorrente de exigências legais do MEC e dos Conselhos Corporativos, também por conta dos senhores das disciplinas - acabaram os catedráticos, mas não o senhor da disciplina. Mas a nova lei de diretrizes e bases da educação, de 1998, permite criar disciplina optativa, mudar conteúdo, aproveitar no curso o que a pessoa possa estar fazendo em serviço. Se a pessoa fizer um curso de saúde mental em um serviço, ela pode depois pedir o aproveitamento daquilo como crédito. A universidade precisa aproveitar a liberdade dada por este último filhote do Darcy Ribeiro, não estamos usando a riqueza, a flexibilidade, a liberdade possível dentro da LDB. Quando fomos discutir a introdução de conteúdos de saúde da família em um Curso público de Medicina, o diretor disse: "mas a gente não pode ficar atendendo a modismos". O PSF, para ele, era um modismo, uma eventualidade que não caberia no sacrossanto currículo.

Outra resistência a gente encontra nas Residências, onde o modelo médico é soberano. Vamos ter de inventar novas Residências, para outras carreiras, porém sobretudo multiprofissionais, e fazer com que o MEC as aceite. Até agora o MEC só aceita, basicamente, a Residência centrada na formação pós-graduada do médico, em regime hospitalar. NO Ceará, a Residência em Psiquiatria tornou-se anti-reforma e espantalho de recém formado. Grande parte dos bacharéis em Medicina que apresentam o desejo, a vontade de fazer Psiquiatria, vai para a Residência e desiste. Ela tem despertado uma reação aversiva. Tem muita gente fugindo de nossa Residência. Virou até indicador de bom prognóstico: fugiu da Residência? Então este cara é bom. Mais cedo ou mais tarde teremos de enfrentar o modelo médico-hospitalar da Residência.

Gostaríamos de ver consolidado em Sobral um pólo de formação em Saúde da Família e em Quixadá um pólo de formação em Saúde Mental. Então, estamos com um projeto de uma Residência em Saúde Mental, multiprofissional e interdisciplinar. O real é sempre inteiro e complexo, saturado de níveis, a exigir vários ângulos de visão e o conserto de vários conhecimentos. E aí precisaremos buscar as experiências do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul para nos ajudar.

Nossa ferramenta principal tem sido os Cursos de Especialização: são pequenos, ágeis, flexíveis, muito independentes, entregues a autonomia das universidades. Já estamos na sexta turma de um Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, o que significa que já formamos 150 especialistas, pessoal que hoje está assumindo até secretaria municipal de saúde. Tem terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social assumindo secretaria municipal de saúde. O processo de municipalização no Ceará foi muito extenso e muito rápido e acabou quebrando a questão de hegemonia médica ou a reserva da Secretaria de Saúde ser sempre exercida por médico. O Ceará tem hoje 184 municípios, todos com secretaria municipal, fundo municipal, conselho municipal, agentes comunitários de saúde e PSF. Temos mais de 1.000 equipes de PSF e ações de saúde mental na atenção primária incorporadas à saúde da família. Então há um avanço interessante que permite também ajudar na dialética do conhecimento.

No caso do Mestrado, hoje, duas naturezas são possíveis: a acadêmico e a profissional. O quê estamos fazendo? Incluindo áreas de concentração ou linhas de pesquisas em saúde mental nos programas de saúde pública. Então já temos nove dissertações de mestrado, defendidas nos últimos cinco anos, sobre problemas de saúde mental coletiva. Antônio Weimar, por exemplo, elaborou uma tentativa de avaliar o sistema de serviços extra-hospitalares engendrado a partir dos ideais da reforma psiquiátrica. Ana Érika, outro exemplo, discutiu a presença do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS.

No CAPS de Quixadá, criado em 1993, estamos desenvolvendo grandes pesquisas sobre a distribuição territorial dos portadores de psicose, sobre a prevalência de dependência química lícita e ilícita, sobre o imaginário da loucura. A idéia é saber se depois de quase

uma década de CAPS, o povo ainda pensa na loucura como periculosa, incurável, isolável em asilos. O que terá acontecido em Quixadá depois do exercício continuado de uma política de saúde mental posta na perspectiva da reforma psiquiátrica, de internação psiquiátrica no hospital geral sem a criação de uma unidade psiquiátrica e de ações de saúde mental na atenção primária, um outro foco de problemática e contradição. A relação da internação psiquiátrica no hospital geral, a relação da saúde mental com a atenção primária, todos estes são desafios. A questão da habilitação social, então. Como pode ocorrer a busca de trabalho e renda para pessoa com transtorno mental, de modo integrado à política de trabalho e renda do município, e não uma coisa particular, isolada, caritativa? E a construção de uma nova clínica, ampliada e crítica, que integre o cérebro no psiquismo e na história? São muitos os temas que estão gerando atividades de pesquisa.

E o mestrado profissional que a Universidade Estadual do Ceará vai criar, numa rede de apoio gerada por hospitais públicos e privados? Um hospital particular tem avançado em algumas formulações da reforma e tem se aliado ao processo de reforma, em contradição com o hospital público estadual que mantém um lugar mais fechado. É um paradoxo que tem a ver com as realidades locais. Onde estão os aliados? O que se faz para fazer avançar o processo? Como trabalhar as alianças sem a perda dos grandes princípios norteadores?

Estas são as principais questões da formação em saúde mental, hoje em dia: como mexer com a graduação, como mexer com a residência, como mexer com os cursos de especialização, como introduzir as linhas de pesquisa e as áreas de concentração de saúde mental nos mestrados acadêmicos de saúde pública, como trabalhar os mestrados profissionais para a reflexão constante do próprio afazer.

Eu penso que nesta mesa redonda houve uma grande harmonia de princípios e diretrizes. Experiências diferentes, lugares diferentes de prática, níveis de maturidade diferentes dos processos de reforma, mas parece até que o pessoal de algum modo ensaiou esta mesa antes.

Agradecendo aos organizadores do evento o convite a mim formulado para debatedor desta mesa, espero ter atendido o que se esperava, nos cravados quinze minutos de glória aos quais tive direito.

## Debate

### PERGUNTA:

Meu nome é Gilda, sou presidente da Associação Mineira de Psiquiatria. Queria expressar a satisfação de estar aqui, está fantástico o Seminário, as formalizações que têm sido apresentadas sobre a Reforma e sobre os serviços substitutivos estão empolgantes e o que a nossa colega do Julliano Moreira trouxe, que essa formalização tem que ser feita para que isto seja legitimado e respaldado, acho que é importantíssimo. E a partir daí, nós da Associação Mineira de Psiquiatria acabamos de formular aqui, rapidamente, provocados pelo Seminário, uma proposta de um Encontro, 7 e 8 de setembro. A gente já faz tradicionalmente aqui em Minas, o aforamento do tema do Congresso Brasileiro de Psiquiatria com temas que sejam do nosso interesse, e o deste ano será "Da Magia à Evidência". A nossa proposta é pegar esse tema e dividir em dois sub-temas, com uma parte voltada para a avaliação da Reforma e serviços substitutivos, "Da Magia à Evidência: serviços substitutivos, a medida da eficácia", uma tentativa de ter referenciais para se medir a eficácia dos serviços. Eu já convidei os colegas do Interior que quiserem participar para nos procurarem hoje à tarde, isso foi formulado aqui, agora, rapidamente nesta mesa, então as coisas estão meio dispersas ainda, mas seriam algumas mesas simultâneas e depois uma mesa, uma plenária para a gente fazer a apresentação das propostas, e já tirar daí alguma coisa mais formalizada, mais efetiva. E no segundo dia, a gente traria temas clínicos ligados à esquizofrenia e à histeria, que é uma outra coisa que foi forçada da Psiquiatria atual e que agente tem tido necessidade de trabalhar. Então, eu já convidei as pessoas que tiverem interessadas para nos procurarem à tarde.

### PERGUNTA:

Sou Paulo Amarante. Eu falei com a Fernandinha Nicácio que esta era a Mesa dos meus sonhos, porque hoje me dedico basicamente à formação. Eu ri, quando a Sandra falou da Residência, porque há dois anos atrás o Fórum Gaúcho de Saúde Mental me chamou para discutir Residência, com a ideia de criar uma Residência no Hospital São Pedro. E eu tinha construído duas Residências no Rio, uma no Pinel e a outra no Centro Psiquiátrico Pedro II, conveniadas com a Fundação Osvaldo Cruz, e me chamaram para ajudar, por causa dessa experiência. Então eu cheguei lá e a primeira frase que eu falei é que eu era contra Residência. Era contra a Residência, por vários aspectos que já foram abordados, o Jackson falou alguns deles, e outro, inclusive porque o modelo de Residência é um modelo que forma técnicos, que acaba sendo capturado pela instituição, pelo institucionalismo. Isto foi muito evidente no Centro Psiquiátrico Pedro II, quando no terceiro ano, deixaram para os técnicos escolherem onde eles queriam, todos escolheram

enfermaria. Então nós estávamos formando técnicos para enfermaria. Eu falei, lá em Porto Alegre, que era contra a Residência, e até fiquei feliz por saber que, um pouco por causa daquela Mesa de atividades e reflexões, o programa saiu do hospital. A formação se tornou bem externa.

Eu acho que temos um grande problema: a gente tem que reformar os técnicos. Reforma Psiquiátrica e dos técnicos. Então, eu passei a me dedicar a formar docentes, e aproveitando para divulgar para as pessoas, nós temos dois programas de Mestrado e Doutorado na Fundação Oswaldo Cruz e temos muitas teses na área de saúde mental. Um aspecto que a gente acha importante, e está relacionado ao tema, é a idéia dessa coisa da publicação, da falta de espaço. Nós temos um grande vazio editorial. Inclusive, o próprio Jackson fala da dificuldade de publicar livros, na apresentação do livro dele.. O mercado editorial quer saber se vende, se dá lucro. O que dá lucro é best seller, então é difícil. Ou seja, está aberto, a idéia de criar linhas editoriais, nós temos duas linhas editoriais dentro da Fundação Oswaldo Cruz, inclusive o Jackson tem livro publicado lá e a outra, fora, publicando o livro da própria Ana Marta, que a gente está fazendo com a Loucura XXI.

Em relação à formação, o fundamental é aquela discussão da clínica de ontem, que é você conseguir formar o técnico, para além da clínica. Não é só uma questão de dar uma clínica mais moderna, novas tecnologias. Acho que o Jackson fala bem disto. Se você não conseguir trabalhar o profissional de saúde mental como profissional de saúde pública, de saúde coletiva, dando a ele tanto informações, discussões, instrumentos, ferramentas, no campo da Filosofia da Ciência, da Epistemologia, como se produz o conhecimento, como ele produz conhecimento. Instrumentos também no campo da filosofia, da sociologia, para ele poder discutir cidadania e tudo o mais. Eu conheço alguns cursos que são só disciplinas, que são só formação na clínica. Por mais nova que seja esta clínica, ela vai sempre formar um profissional que não consegue perceber o processo saúde – enfermidade quanto algo histórico – o saber enquanto processo histórico, ele será sempre um técnico e não um ator social.

#### PERGUNTA:

Eu sou Ana Marta, psiquiatra, trabalho no CERSAM Leste e sou do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Eu queria cumprimentar, com muito carinho a Mesa, porque todos os expositores foram de uma clareza, de uma precisão muito importantes para nós. E posto isto eu queria colocar o que se segue. A proposta deste Seminário, que todos os expositores têm sustentado, afirma com uma clareza rara: trata-se de extinguir o hospital psiquiátrico. Não há justificativas clínicas para a sua existência, e a sua existência não tem tampouco legitimidade social. Esta é uma constatação que nossos estudos e nossa experiência nos permitem fazer com tranquilidade. Então, cabe perguntar: por que esta clareza é tão rara? Por que é tão difícil sustentá-la? Afinal, quando há clareza do que se quer, consegue-se fazer aprovar uma lei como a lei estadual mineira, numa instância como o parlamento; consegue-se até que uma Fundação Hospitalar promova um Seminário como este. Então, eu me pergunto e coloco esta pergunta à apreciação da mesa: o nosso maior empecilho, ou um dos maiores, para o fim do hospital psiquiátrico não diz respeito a uma política de saber e de produção de verdade? Porque o hospital psiquiátrico é um reduto decisivo e indispensável para um saber universalizante, centralizador, racionalista, que é fiador da manutenção de uma certa relação de poder. E esse modelo de saber não suporta os saberes descontínuos, pontuais, desobedientes, irreverentes, que se produzem nos serviços substitutivos, quando estes serviços tentam um convívio real com a experiência da loucura. Isto que acabo de dizer não é nenhuma novidade, eu creio que os colegas da Mesa concordarão com a oposição que eu tentei delinear.

O que eu trago como questão é o seguinte: nós não temos subestimado, talvez, a intensidade da resistência que a arrogância de um certo modelo do saber oferece ao fim do hospital psiquiátrico? Nós não temos estado pouco atentos para o fato de que este tipo de produção de saber tem uma violenta necessidade da instituição psiquiátrica,

enquanto instituição médico-hospitalar? Se assim for, eu espero que num próximo Seminário a gente possa dar continuidade à abordagem desse embate político dos saberes, que esta Mesa tão bem soube sustentar.

**MARCUS VINÍCIUS:**

Eu acho que o desafio é imenso. Quando a gente decide que quer acabar com o hospital psiquiátrico, abrimos um campo de novidades e um campo de desafios. Gosto sempre de contar, para os que ainda não ouviram a história, de quando eu andava por aqui de carro, e um sujeito num sinal parou o seu carro ao lado do meu e começou a perguntar: "e aí, o que você vai fazer com eles, vai levar para sua casa?". E eu não entendia de onde que saía aquele discurso. Isso num sinal, agressivamente. E aí ele me mostrou e estava se referindo a um adesivo, "Por uma Sociedade Sem Manicômios". É muito interessante, porque na hora em que você rompe com a solução, com a solução que estava estabelecida no imaginário social, você abre um campo de perguntas.

Eu acho que, é óbvio, temos que ser estratégicos, temos que buscar avançar, temos que nos organizar. Mas eu acho que a gente sempre tem que comemorar que a pergunta está aberta. Nesse momento que a pergunta está aberta, nós conseguimos inscrever a abertura da pergunta, "o que é que é para fazer com os loucos", essa pergunta que questiona um conjunto de práticas sociais. Temos que comemorar sempre, porque nós estamos sustentando a pergunta em aberto. E enquanto a gente sustenta a pergunta em aberto, dá para discutir e rediscutir tudo, tudo e qualquer coisa que se relacione com isso. Tudo pode ser recolocado e redebatido.

Eu queria trazer esta questão porque me parece, sobretudo, que a Ana Marta colocou que nós temos um problema que se agrava em nosso país, um problema que certamente todas as Reformas Psiquiátricas de algum modo enfrentam. Porque sobretudo no nosso país, temos uma prática da política como falsificação e mistificação. Quase toda a nossa experiência política, historicamente, se baseia na falsificação e mistificação. É mais ou menos aquele sentimento que não é real, de que nós estamos diante de algo que opera na realidade, mas não tem essa sustentação em sua verdade fundamental. E aí, quando a gente vai saudar a companheira Sandra, especialmente neste sentido, quando a gente assiste algumas experiências políticas, onde forças políticas decidem fazer da política um processo de transformação da vida, as coisas são diferentes. É pegar, por exemplo, a experiência do Orçamento Participativo na cidade de Porto Alegre, é pegar experiências, e não é à toa que a maior parte dos lugares onde nós somos bem sucedidos e o processo político de construção de serviços, o processo de organização avança, são em lugares que decidiram, de algum modo, fazer da política um espaço de transformação da vida.

Então, me parece que nós temos que também ter no horizonte esta grande contradição, que é a contradição que nos insere no país que nós estamos. Um país marcado por elites e forças hegemônicas, que fazem da política mero espaço de mistificação, mero espaço de produção de falsificação. Isto é algo que temos que apontar porque a definição política, a decisão de fazer da política um espaço sincero, um espaço honesto, um espaço onde a experiência da vida possa ser observada e os argumentos que a vida impõe possam ser admitidos e aceitos, me parece que muda fundamentalmente a qualidade e a possibilidade das nossas práticas. Vem aí a eleição presidencial e acho que temos mais uma chance, talvez, de emplacar um projeto que possa ser concordante com a política como transformação da vida.

**SANDRA FAGUNDES:**

Respondendo a uma das provocações do nosso debatedor, transformação para o quê? E aí, o próprio Marcus Vinícius responde. Nós também ficamos com a proposta do Boaventura Santos, do próprio Mario Testa, que coloca que hoje só tem sentido discutir ciência, novos paradigmas, e inclusive novas tecnologias, se forem para possibilitar processos emancipatórios ou sujeitos emancipatórios da vida. É nessa direção que nós

precisamos trabalhar. E aí, as produções do Movimento, nos serviços substitutivos, lugares de poderes, sim, como nós temos ocupado neste momento, seja na universidade, seja nos serviços, seja na gestão, no legislativo, na gestão de serviços, na condução de políticas públicas, tem sido nesta direção, de processos emancipatórios.

Concordo integralmente com o Paulo. Quando a gente fala de emancipatórios, é para todos, não só para os usuários massacrados e excluídos, transformados em objetos que precisam ter voz, ter direito a subjetivação, à sua própria subjetivação. Mas esse processo não vai ser possível, se um dos atores importantes dessa história, que são os trabalhadores de saúde, não se transformarem. Ontem estávamos numa oficina lá em Porto Alegre, na Escola de Saúde Pública, e o diretor da Escola disse uma coisa que acho que vale a pena transmitir aqui, para a gente continuar pensando também: há necessidade de nós nos colocarmos em devir permanentemente, nós temos que considerar que as nossas disciplinas, as nossas práticas, as nossas profissões, estão em devir. Ou estão em processo permanente de devir. A Psicologia não é a Psicologia, precisa ser desterritorializada. A Psiquiatria não é a Psiquiatria, esta precisa ocupar outro lugar e se indagar. E aí, sem a menor dúvida, abrir processo de indagação quando o Marcus disse, já é uma sinalização desse processo. Porque que desistem? Quem não tem a capacidade de se manter em indagação, se questionando e criando novos territórios não vai conseguir entrar neste processo, que exige mudança, mudança do quê para o quê. Que é de emancipação permanente e sair das amarras que nós temos das disciplinas, inclusive das identidades e identificações já cristalizadas no modelo antigo, de duzentos anos atrás.

#### JOSÉ JACKSON:

São duas questões. A primeira colocada pelo Paulo, a do modelo de Residência. O lato sensu trabalha atualmente, com a noção de dois modelos, que é o da Especialização e o da Residência. A diferença básica é que a Residência seria maior que a Especialização, em termos de carga horária, e focaria mais a atividade prática, enquanto que a Especialização focaria mais a atividade teórica. Sendo assim, nós vamos ter que mexer mesmo com esta questão e dizer o seguinte: as revoluções que precisamos fazer na Residência são duas: uma, é dela deixar de ser monoprofissional, para ser multiprofissional, e outra para tirá-la do lugar do hospital. Eu tenho que mudar o lugar da experiência; então os estágios, o trabalho, vão ser nos CAPS, nos hospitais-dia, nas comunidades. Nós em Quixadá, não temos sociedades ou associações de usuários, porque se entendemos que o objetivo da política é o município, até nós somos usuários, não é? Então, a gente lida com as associações de moradores, com os sindicatos, com a federação dos trabalhadores rurais, não criamos nenhuma associação de ex-psicóticos ou de psicóticos crônicos, ou seja lá o que for. Não foi preciso na situação histórica de lá. Então a questão é mexer com o lugar da experiência. Torná-la multiprofissional e torná-la multi-espacial, colocar no espaço todo das várias possibilidades de experiência. O modelo de Residência é um modelo muito bom. Basta que a gente não o sacrifique por conta do seu defeito histórico de ter sido médico-hospitalar. Há uma possibilidade de reinvenção do modelo, ele é muito bom para formação pós-graduada.

À Ana Maria, há duas questões que eu gostaria de colocar. A primeira é que no geral, eu preciso dizer que é verdade, eu concordo com ela. Ela pressupôs que nós concordaríamos, então sim, concordo. A segunda é o problema da resistência do hospital. Eu estava pensando em duas vertentes. A primeira questão do dinheiro, do negócio. No Ceará, o hospital psiquiátrico nunca chegou a ser um grande negócio, no máximo tivemos 2.000 leitos, no Ceará inteiro, enquanto só uma instituição de Recife tinha 3.000. Nunca foi um grande negócio, sempre foi uma oficina do próprio terapeuta, com 120 leitos, com 150 leitos, uma coisinha pequena. Hoje, de 14 hospitais 4 foram fechados, e dos 10 hospitais restantes, de 2.000 leitos baixou para 900. O que dá uma média de 90 leitos por hospital, são hospitais pequenos, são aparelhos pequenos e o maior hospital é o público, com 240 leitos. Mas isto está relacionado com a escala de negócio. Compôs um grande negócio lucrativo, você vai ter uma resistência, além daquela resistência dos funcionalistas, de que toda a instituição tende como primeiro objetivo se perpetuar. Então você tem a necessidade da auto-preservação da instituição,

you have the business and you have the inertia of the logic of exclusion. Brazil is a society that produces enormous exclusion and it is creating local legitimations: the hospice, the favela, the presidio. There are various places. It is a society of lumpen, which needs to legitimize the exclusion. I remember when Delfim Neto was the great tuchau of political economy, he said that in Brazil there was no unemployed; there was the sick, the vagabond, the unemployed. So, if there are people who do not work, you have to invent a place that legitimizes this person not working. This logic of inventing places of exclusion, in psychiatry has been used, but it is just another of the places of exclusion. If you take the inertia of the institutions created, if you take the inertia of the logic of exclusion, which is socio-economic, and if you take the "business" of psychiatry, you have something explosive that keeps the network running, starting from the clarity of convictions. Because I think that the anti-manicomial battle is already won in paradigms, in the conscience of the majority of workers. But you still have concrete inertias that continue. But, in general, I think that we are really agreeing.

**PERGUNTA:**

I am Énio, a psychiatrist and I would like to bring some questions before making a question for the Table, which is the question of the formation of the psychiatrist. What history is this, I went to be a doctor, I have a position of being a doctor, and suddenly there is a reform and it says: no, you will not occupy a central position anymore, you can occupy another place. Well, I go crazy. But I went to be a doctor. I remember a lot of Ana Maria when she says that not occupying a central position is occupying another, of importance, that enriches. So, for us, who already work in these services, to inform these new professionals, who are coming, that the process is this of being inside the substitutive services making this clinic.

Another thing, is when people think of substituting, what is it that people substitute in reality? People substitute first values inside of us, to be there inside, next to it, inside the substitutive service. It is being close to madness, it is going with hands tied to madness. It is the space, it is the 24-hour transport to search and take the subject where he wants to be, family attention, etc. We do not have time to be enumerating everything here.

There is also the question of discourse, of all that exists: of psychoanalysis, of existentialism, etc., which is a matter, it is a style. The practice is another. We have psychoanalysts, people who are very well trained in listening and we have mental health professionals who are, in practice, putting into practice, what was listened to. So, the profile of the professional to be inside the substitutive service has to be thought, it is the professional who goes to practice.

Finally, I want to bring a question that is about the question of the psychiatric ward inside the general hospital. How is it that is, how is it that is this history?

**PERGUNTA:**

My name is Andréia and I have worked both with the people who are in graduation as well as in post-graduation and I think of making some comments, and not asking questions exactly. But in Belo Horizonte, I think that the formation of professionals is not only done in psychiatric hospitals. Since the inauguration of the first substitutive service in the city, people have inserted interns in the mental health network. It is not only restricted to the CERSAMs; people have worked with interns in Health Centers and, more recently, as therapeutic companions in the process of dehospitalization of chronic patients. And, also, I am taking advantage of the presence of Fernanda, to inform that people are also accompanying judicial patients, who committed crimes, sometimes serious. Of course this is not disseminated, but people have these points of localization that I think it is important to consider.

In addition, I think that it is necessary to emphasize, that it is not a stage in

Psicologia, em Psicanálise e nem em Psiquiatria, ou qualquer disciplina que seja. É um estágio em Saúde Mental e isto tem implicações. Primeiro, os alunos têm que ter uma leitura obrigatória sobre as políticas de Saúde Mental, sobre o SUS, isto é óbvio, tanto o material que se produz aqui no Brasil quanto no exterior. Mas como a gente não pode romantizar a questão da loucura e dizer que ela é simplesmente uma produção social, é preciso também que a gente retorne a questão da clínica o tempo inteiro. Eu acho que a gente não pode desconsiderar esse ponto, ainda que Paulo Amarante seja, para os meus alunos, uma leitura obrigatória, fundamental. Então, a gente tem que pensar neste momento, nas soluções possíveis que o sujeito psicótico pode encontrar e o aluno tem que saber fazer um diagnóstico e tem que saber como tratar de um paciente. Eu acho que esse ponto a gente não pode abrir mão dele. Somos clínicos, enfim, partimos daí, podemos discutir esta questão.

Outra coisa que eu acho importante colocar a partir dessa experiência minha no ensino, na transmissão, é sobre a disponibilidade da Prefeitura em abrir campo de estágio, mas eu observo às vezes uma certa resistência ou descaso dos serviços substitutivos em acolher e acompanhar os estagiários durante sua presença nos serviços. Eu observo que, na maioria das vezes, as instituições substitutivas ainda não demandam a presença dos estagiários. E eu acho essa questão importante, porque quem tem feito essa demanda, um apelo, é claramente hoje, a Universidade. A gente tem pedido "pelo amor de Deus, podemos entrar neste serviço?". Às vezes, o serviço diz para a gente: "não, nós não sabemos se queremos vocês". É claro que há exceções, obviamente que há. E sobre este ponto, eu penso que à Universidade cabe transmitir a teoria, mas há algo da prática que é intransmissível discursivamente. Sendo assim, eu acredito que o serviço de saúde mental substitutivo, seja ele qual for, ele também deve se comprometer e se responsabilizar pelo acompanhamento e discussão constante com os estagiários. Não é um movimento de mão única. Eu penso isso de forma muito simples, por uma única razão. Nós vamos caducar. Nós vamos aposentar. Então nos cabe com urgência, transmitir e formalizar este pouco de saber que a gente conseguiu construir até hoje, na nossa prática, no serviço substitutivo.

#### JOSÉ JACKSON:

Um comentário sobre a questão da identidade profissional. Eu penso que eu sou formado em Medicina mas eu não sou médico. Médico é um dos atributos ou uma das coisas da minha identidade. A questão fundamental nossa é como democratizar a identidade profissional. Eu acho que esse é o desafio. Eu não estou destruindo identidades; a idéia é democratizar e eu acho que essa é a mensagem que a gente deve passar para os colegas que estão em formação, chegando agora, preocupados com este problema.

#### EROTILDES:

Sobre a questão da formação do médico psiquiatra, eu tenho pensando muito nisso, porque já tenho um tempo longo de supervisão em CAPS. O que eu observo, é que esses residentes vão se formar para os serviços substitutivos, nos serviços substitutivos. Eles vivem esse drama, que o meu residente viveu no 1º ano, quando chegam nos serviços substitutivos. E aí, vão ao longo do tempo tentando se adaptar e ver qual é o papel que eles vão desenvolver ali dentro. Quer dizer, de uma forma tal, porque eles já têm os recursos de alguns conhecimentos do campo médico, eles já sabem medicar, eles já sabem reconhecer as patologias, eles conseguem mais facilmente construir o lugar. Mas isto não é unanimidade. Na rede de CAPS do Rio de Janeiro falta médico. Os médicos não querem trabalhar em CAPS, essa é a verdade, não querem, não se identificam com isso. Então, eu fico pensando que este é um problema para a gente enfrentar, sim. Porque o modelo de conhecimento, que não é racionalista e universalista, tem na experiência e na vida a sua fonte principal de produção de conhecimento. E é totalmente diferente ao que o aluno é exposto. Isto que a gente vive no programa de formação do especialista, por exemplo, eu fui professora de Medicina Social para médicos e era esse mesmo drama para ensinar Medicina Social na Faculdade de

Medicina; eles achavam que aquilo que eu falava não era Medicina, era crônica, era crônica sobre a vida social, crônica sobre a vida coletiva, e era uma dificuldade tentar transmitir o que é que está em jogo disso na clínica. Que é um pouco do que o Paulo estava falando aqui, a clínica sem se dissociar da política, a clínica é a clínica possível. Por exemplo, discutir com aluno de Medicina que a história natural da AIDS não existe, que a história natural da AIDS na África, nos Estados Unidos, que história natural é essa? Quer dizer, você pensar isso junto e construir, ainda é um desafio, a gente não sabe como fazer.

Quería só, rapidamente, falar que o acolhimento de estagiários acontece, por exemplo, no Rio de Janeiro, em todos os serviços substitutivos. E é uma experiência muito rica, mas que também não inclui os alunos de Medicina, porque eles não têm carga horária que possam dispor para fazer este estágio. E é uma experiência bem sucedida, o IFB tem uma experiência muito legal e eu acho que a gente pode trocar depois essas experiências, com programas, discussão. São os alunos que vão passar para os programas de Residência multidisciplinar, inclusive.

#### MARCUS VINÍCIUS:

Sobre a questão da identidade, eu queria lembrar uma frase do Basaglia, que ele fala que quando a gente, eventualmente, vai se despidendo de todo este arsenal que monta o nosso óculos para enxergar a objetividade da doença, e se porventura, em algum momento, a gente se sentir muito perdido, muito confuso, muito sem identidade, muito desvalorizado, que bom! Começou aí a nossa aprendizagem, porque finalmente nós podemos nos identificar com aquele sujeito que atendemos. Eu acho isso fantástico. Perder, perder, perder, estar numa situação carente, talvez seja um ponto original à partir do qual a gente possa caminhar em direção a esse sujeito que nós atendemos.

Eu queria falar para vocês que é preciso estar atento às Residências. Ainda são espaços, muitas vezes, sobretudo nos hospitais públicos, de legitimação da existência do hospício. O hospício passa a existir porque tem uma Residência e nós formamos pessoas. Nós somos um centro formador e nós temos que nos manter existindo porque somos um centro formador. E aí o hospício continua existindo, porque é bom, tem um centro formador, um lugar importante. Eu posso dizer para vocês, não estou falando de coisas de antigamente, não. Agora, no processo de aprovação da lei Paulo Delgado, no dia 06 de abril, eu estava em Natal (RN), e no dia Mundial da Saúde Mental, uma Casa de Saúde particular publicou um anúncio em todos os jornais de Natal, de página inteira, dizendo assim: "aprovada a nossa Residência. Vamos instalar um moderno centro de formação de pessoas". Então, existir isso como espaço de formação, é um espaço que está sendo usado concretamente como forma de legitimar e perpetuar a existência do hospício. E essa coisa da existência do hospício legitimando a disciplina, eu me lembro de uma conversa, e aí não val nenhuma alfinetada particular a nenhuma corrente teórica, mas no caso era um grupo lacaniano na Bahia, que defendia a tese de que a prática de exposição do enfermo era uma prática fundamental na formação. E aí a gente discutia: mas como é esse negócio, você pega, vai lá, escolhe um paciente, traz aqui para a frente, bota ele, todo mundo pergunta, especula. E ele dizia, "não tem problema, o psíquico não se importa com isso. Isso é uma questão de vocês, que têm problema de direitos humanos, o psíquico não está nem sabendo o que está acontecendo, ele até gosta, ele até acha bom ser exposto". Eu estou querendo dizer, que concretamente, a existência do hospício facilita a transmissão da psicopatologia, está lá, é para isso, quer dizer, está na origem do próprio hospício reunir a coleção e mostrar a coleção, exibir a coleção é uma prática que também fala do hospício.

O último elemento é essa questão que colocava sobre o lugar da clínica. Acho que é uma discussão super interessante, teríamos que abrir, talvez, um outro debate, porque quando a gente fala que a clínica é historicamente construída e a clínica é socialmente construída, não quer dizer que deixa de ter validade a construção que a cultura faz em torno disso. É só que a gente não vai acreditar que isso que aparece está dado como objetividade, como certeza, como lugar de coisa real, mas algo como a nossa cultura,

nossa sociedade contemporânea lida com certos fenômenos. Por que é importante pensar isso? Porque se a nossa cultura organizou para lidar assim, ela pode organizar para lidar assado. Então, essa clínica não pode ficar afiançada por nenhum corpus teoricus que a sustente permanentemente, porque os próprios corpus teoricus estão colocados numa perspectiva de relativização, são corpus teoricus referidos a uma determinada construção histórica, e, lógico, que operam com efetividade e eficiência nessa construção histórica, mas nos permitem abrir para mudança e para transformação desses próprios corpus teoricus, supostamente sustentadores de práticas que são interessantes.

## Rumo ao Fim dos Hospitais Psiquiátricos: Estratégias em Curso

---



## **Ementa**

Já nos referimos a esta posição estruturante do hospital psiquiátrico que o separa radicalmente do mundo, em seus acontecimentos, seu fluir histórico, sua produção e seu tempo. Qualquer cumplicidade com esta posição de isolamento ajuda a preservar o modelo que pretendemos combater: daí a importância de procurar, para além das fronteiras de Minas, o diálogo e a parceria com experiências semelhantes à nossa. Estas experiências terão, certamente, suas próprias marcas e singularidades. Não se trata de imitá-las, menos ainda de buscar sua uniformização; trata-se de estabelecer aqueles princípios e propostas comuns a um projeto que não pode pertencer a uns poucos.

Neste sentido, esta Mesa Redonda pretende fazer relatos, avaliações e balanços do que se passa, na área da Saúde Mental, em diferentes partes do mundo – buscando a contribuição e o exemplo de tantos e tão diversos companheiros na sua busca de saídas para o fim de um modo de trato da loucura incompatível com a dignidade e a liberdade dos homens – que buscam ainda e sempre construí-las, nas tantas vicissitudes da sua história.

**Comissão Organizadora**

**Manuel Desviat**

Consultor de Saúde Mental da OMS  
e Diretor dos Serviços de Saúde Mental José Germain, Madri, Espanha.

Esta tarde vou tentar falar de dois pontos. Primeiro, como estudioso dos processos da Reforma Psiquiátrica, estaborecerei algumas questões do momento em que nos encontramos, e até onde vamos. Depois, brevemente, assinalarei algumas das características do processo da Reforma Psiquiátrica que eu conduzi, durante 15 anos, que culminou no fechamento de um hospital psiquiátrico e criou uma rede de serviços no sul de Madri.

Acredito que já se passaram anos suficientes, cerca de 50 anos do início do processo da Reforma, e estamos em condições de poder estabelecer o que aconteceu no processo da Reforma, quais têm sido seus êxitos, quais têm sido seus fracassos e sobretudo quais têm sido suas deficiências. Um processo de Reforma que, além de tudo, como bem sabem vocês, tem sido tremendamente desigual. Desigual no conjunto do mundo ocidental de onde veio a se desenvolver, desigual dentro dos países, desigual dentro das regiões e desigual também dentro das grandes cidades. Atualmente podemos encontrar cidades, por exemplo Madri e outras muitas cidades, onde existem dois modelos psiquiátricos funcionando ao mesmo tempo: o modelo que fechou o hospital psiquiátrico e o modelo que mantém o hospital psiquiátrico.

Já me referi, em outros momentos do Seminário, sobre quais condições eram necessárias para uma Reforma Psiquiátrica, a confluência das vontades política, técnica e humana e onde estas condições se colocaram ou não. Não vou falar mais disso. Eu quero, agora, falar dos êxitos. Num inventário rápido sobre eles, eu creio que, fundamentalmente, a Reforma Psiquiátrica é, em qualquer caso, um ganho, porque tenha ou não chegado ao conjunto dos países, ela está aí, sabe-se que é possível, é o caminho, e em qualquer caso é um processo em que, mais cedo ou mais tarde, estarão envolvidas as demais experiências.

A Reforma Psiquiátrica desencadeou uma nova reordenação dos espaços terapêuticos, com a perda da hegemonia do hospital psiquiátrico, não vou dizer com o desaparecimento, porque não é verdade, porém, com a perda da hegemonia do hospital psiquiátrico. O hospital psiquiátrico que já não é legitimado publicamente, cientificamente, passa a ocupar um lugar de retaguarda nos processos de Reforma, isso quando não se fecha.

Além disso, tivemos algo muito importante, que é a mudança de mentalidade. Houve uma mudança de mentalidade da sociedade geral, da população, uma mudança de mentalidade nossa, dos técnicos, dos gestores, dos políticos. No local onde eu trabalho, fizemos um estudo qualitativo de opinião, há 4 anos, depois de 11 anos de Reforma, tentando conhecer a opinião da população sobre determinados temas que haviam sido

denunciados no princípio da Reforma: a periculosidade, a idéia de que os pacientes não podiam viver fora do hospital psiquiátrico, a desconfiança acerca do sistema de saúde mental, dentre outras questões. Eram temas que tinhamos diariamente na imprensa em 1975, quando no sul de Madrid iniciamos a Reforma. Neste estudo qualitativo pudemos comprovar que a população havia mudado, e que o próprio processo da Reforma havia feito mudar a opinião da população. A população já não pensava que os doentes mentais era perigosos, diziam que alguns podiam ser perigosos; já não pensavam que tinham que viver em hospital psiquiátrico, pensavam, ao contrário, que tinham que viver em lugar aberto; já não pensavam que eram pessoas incômodas, que eram pessoas que podiam desvalorizar o valor de suas residências, que era preferível não viver junto a elas. A imprensa, recentemente, tentou reiniciar, em decorrência de uma morte, uma campanha contra a saída dos doentes mentais dos hospitais. Um canal de televisão entrevistou a população, da região de Lérganes, nos bairros onde vem acontecendo a Reforma, e nenhuma, nenhuma pessoa disse que os pacientes eram violentos e o jornal teve que se justificar e retificar. Isto me parece que é muito importante. A mudança da mentalidade que, obviamente, não é ainda uma mudança suficiente já que o estigma da doença mental segue existindo, avança de uma forma firme, mudando, sobretudo, a desconfiança que os poderes públicos e os políticos podem ter sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Há outro ponto importante que é a maior integração da Psiquiatria com a saúde geral. Uma das tragédias do sistema da saúde mental tem sido sempre um sistema paralelo ao sistema sanitário geral. Isto trouxe problemas tanto para o sistema sanitário geral, que não foi capaz de entender a doença mental, como para o sistema de saúde mental, que se tornou marginalizado do desenvolvimento sanitário.

Outra questão, de que falamos outro dia, é a existência de uma maior adequação das técnicas, quer dizer: as técnicas que antes eram utilizadas, sobretudo, no setor privado, técnicas de psicoterapias breves, técnicas de grupos, foram incorporadas ao processo da Psiquiatria Comunitária, com características próprias, como também foram incorporados os processos de reabilitação psiquiátrica. Como vocês sabem, os primeiros processos de Reforma não conheciam a reabilitação psiquiátrica, que surge pelo fracasso da atenção à cronicidade.

Temos aprendido, além de tudo, que isso não é um problema só sanitário. Temos aprendido a falar de sócio-sanitário; temos aprendido que os pacientes não necessitam só serem escutados, serem tratados clinicamente, serem medicados, e sim necessitam de uma casa, de uma moradia, de um trabalho protegido; necessitam da ajuda da comunidade que os acolhem, necessitam um apoio, um suporte social que vá muito além do trabalho exclusivamente clínico, e que nos obriga a criar programas flexíveis, na própria comunidade, para acolher estes pacientes. Todavia, o mais importante que temos aprendido é que olhávamos os doentes mentais numa dimensão psicopatológica, olhávamos numa perspectiva médica e estamos dando conta que o social importa, que a condição social do doente mental, muitas vezes, está condicionando o tratamento e a própria psicopatologia. Há estudos que dizem, por exemplo, que nos Estados Unidos ser esquizofrênico é mais semelhante a um imigrante ilegal, a um hispânico, a uma minoria, qualquer minoria, do que a um diabético, um reumático. Está muito mais próximo da marginalidade, e isto explica também o abandono, a forma de tratamento que estas sociedades estão dando aos doentes mentais.

Vamos falar das deficiências. Tem havido problemas graves por falta de planejamento. Vocês tiveram sorte por ter uma boa equipe no Ministério e ter tido um planejamento no Brasil, uma "inteligência" no processo de Reforma – coisas que faltaram em outros países – e também, por ter utilizado os mecanismos de poder administrativo, por exemplo, no orçamento, em portarias que facilitavam a desinstitucionalização, premiando, dando dinheiro dos hospitais às pessoas que saiam de lá, ou criando comissões que estudavam a qualidade dos hospitais, se respeitavam os direitos humanos, como por exemplo, se haviam ou não celas fortes. Ou seja, este processo que vocês estão vivendo é bastante original e vem acontecendo tanto no nível federal quanto em alguns Estados.

Porém, não estou falando de Brasil, estou falando do conjunto atual das Reformas e creio que há uma falta absoluta, uma grande precariedade de programas alternativos para além de programas-piloto. Há uma grande precariedade de programas capazes de assumir, de uma maneira criadora, o desafio que significava atender não só à cronicidade esquizofrênica, que provavelmente tem encontrado mais respostas devido à necessidade de fechar os hospitais psiquiátricos, mas também aos outros sofrimentos da população, às depressões, aos transtornos maniaco-depressivos, aos transtornos de personalidade, de alimentação. Há toda uma gama de necessidades de programas, de técnicas, de protocolos, que o setor público tem que desenvolver para poder sair da situação, às vezes de colapso, que um simples crescimento de pessoal não vai solucionar, a não ser criando programas novos.

Tem havido, por outro lado, uma tremenda ausência de contribuições sociais. Uma grande precariedade de prestações sociais e, sobretudo, em alguns países, por exemplo, o meu, em que apostamos muito forte na reforma dos serviços sociais, isto não tem estado à altura das circunstâncias; não souberam ser criadores, ser desinstitucionalizadores e sua resposta, muitas vezes, tem sido simplesmente criar residências para idosos, criar lugares de acolhimento, mas não programas para trabalho com a comunidade.

Houve uma Mesa ontem que falava do "Impasse da Reforma" e eu fui debatedor. Um problema importante que se notava, que se via nessa Mesa, é que o Impasse da Reforma Psiquiátrica se devia, entre outras questões, à persistência de uma série de fatores, como a persistência da cronicidade, e, ao mesmo tempo, na ausência de programas eficazes para poder combatê-la. Outra grande insuficiência é o pequeno desenvolvimento da Epidemiologia clínica. Não há investimento importante na maneira de investigar formas de atender a enfermidade mental. A maioria dos investimentos que fazem pesquisas são para psicofarmacologia, porque são feitas pela indústria farmacêutica, para melhorar ensaios clínicos, simplesmente para ensaiar novos medicamentos. É difícil que instituições, entidades ou o poder público, pelo menos na Europa, financiem projetos de Epidemiologia comunitária de estudos de população ou simplesmente de novas formas de tratamento de psicoterapia breve, por exemplo.

Outra questão importante é a necessidade do sistema de saúde mental se incorporar às novas formas de gestão. Eu criticava antes, creio que na conferência inaugural, que as novas formas de gestão, ao introduzir em sua pior versão, leis de mercado, introduziam a iniquidade, introduziam a injustiça, introduziam fatores não eqüitativos na população. Porém, as novas formas de gestão não se reduzem a isto, mas também permitem o conhecimento dos custos diretos e indiretos; temos que conhecer o que nos custa o nosso trabalho; temos que avaliar os serviços; temos que nos preocupar com a qualidade, tanto clínica quanto hoteleira dos nossos serviços e temos que criar, sobretudo, programas que sejam pertinentes e se adequem à população.

Como me resta pouco tempo, vou deixar de mencionar alguns aspectos relativos ao processo da Reforma e passo, agora, a apresentar a rede de serviços de onde trabalho.

Imaginem 4 colunas. A primeira coluna teria os recursos, os dispositivos que existem no sistema sanitário de forma habitual, quer dizer, quando está desenvolvido: centros de saúde mental, consultas de atenção ambulatorial, programas mais ou menos complexos – visita domiciliar, acompanhamento – unidades em hospital geral, hospitais-dia, etc. Isto seria uma coluna que reflete o sistema sanitário. Para completar a rede, como dizia antes, necessitamos de outras 3 colunas, que existem a partir desta. As 3 colunas, que assinalam a complexidade do tratamento em saúde mental, supõem a necessidade, também, de uma continuidade de cuidados, supõem a necessidade de um trajeto que o paciente irá percorrer. A coluna terceira é chamada de dispositivos sociais. A segunda de estruturas intermediárias, entre serviços sanitários e sociais. A última coluna contém os programas de gestão cidadã, são programas que fazem associações cidadãs, associações de usuários e consumidores em parceria conosco, que são programas de trabalho, de ócio, uma série de programas.

Um paciente pode necessitar, num momento determinado, de atenção ambulatorial de

um médico geral, ou atenção ambulatorial em um centro de saúde mental; pode ser que neste momento necessite de um hospital-dia, porém poderia passar a necessitar ingressar ou necessitar de viver em uma moradia transitoriamente, uma moradia de transição; poderia acontecer que necessitasse de uma unidade de reabilitação, onde ficaria por 6 meses num programa de reabilitação; ou um caso em que se ateste cronicidade necessite de um programa de reabilitação e esse programa de reabilitação se faça a nível ambulatorial num centro dia, com uma série de atividades, de oficinas de trabalho e de programas específicos. Essa necessidade significa que o paciente vai usar distintos recursos porque vai necessitar, ao longo de sua vida, de distintos recursos na sua enfermidade.

Um exemplo. Um rapaz de 19 anos, que tem seu primeiro episódio psicótico e recorre a um centro de saúde mental, cuja equipe o avalia e considera que é um paciente que, por sua patologia, pode se agravar. Então, o introduzem num programa que chamamos de "acompanhamento", onde a enfermagem e o serviço social vão à sua casa, vão conhecer como vive e como trabalha, vão acompanhá-lo e vão introduzi-lo a uma série de programas de reabilitação na comunidade. Se isso não for suficiente, poderá ir a uma série de programas mais complexos, que se fazem nas oficinas dos centros-dia. Ou seja, os serviços, simplesmente, consistem em substituir o hospital psiquiátrico e as consultas ambulatoriais por uma rede que pode permitir uma grande diversidade e uma grande flexibilidade de programas e que sempre particulariza um programa para cada paciente, individualiza, faz um plano de atuação, um contrato terapêutico, estabelecendo-se algo que acredito ser importante em todos os processos da Reforma. Não somente temos que atender a questão clínica mas temos que saber que os programas têm que defender a ética de nossas atuações. Tem que haver uma informação do que estamos fazendo ao doente, temos que explicar-lhe que nós vamos intervir, o que é isto que nós vamos fazer e em que tempo nós vamos fazer. Evidentemente isto não vai ser feito num momento de agitação, mas quando se inicia o diálogo terapêutico, tem que estabelecer-se que, ao ser dada uma medicação neuroléptica, podem ter estas e estas conseqüências e não é simplesmente a internação involuntária uma justificativa para poder medicar sem consentimento ou para poder amarrar ou trançar. Há que se respeitar, não por uma questão defensiva, para evitar que se tenha problemas com a justiça e sim, simplesmente, por respeitar os direitos dos pacientes. Eu creio que o nosso trabalho como médicos, como psicólogos, como enfermeiros, como terapeutas ocupacionais, como trabalhadores sociais, como auxiliares, tem a ver com pessoas humanas, tem a ver com o sofrimento. Eu sempre digo uma coisa: coloquem-se vocês na condição de doentes, na condição de quando entra um paciente na sua unidade, no seu centro de saúde, imaginem que são vocês que entram, ou sua mãe, ou seu pai que entra nessa unidade hospitalar. Então tentem tratar-lhes como querem que os trate a vocês mesmos, ou como querem que tratem a sua mãe. Muito obrigado.

## Eduardo Mourão Vasconcelos

Professor Doutor da Escola de Serviço Social e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

A atual transição na reforma psiquiátrica brasileira e suas estratégias: uma comparação Internacional.

A minha fala vai se centrar em alguns exemplos de diferentes estratégias internacionais de reforma psiquiátrica, tendo como pano de fundo a lógica de gerenciamento das políticas sociais e em particular da política de saúde mental. No final, estaremos comparando estas outras experiências nacionais com a realidade que nós estamos vivendo no Brasil, visando avaliar as alternativas que outros países construíram e suas possibilidades de nos inspirar no planejamento de estratégias de transição em nossa reforma psiquiátrica, levando em conta os dilemas e as particularidades brasileiras.

Nessa análise, quero centrar particularmente em duas questões importantes. Primeiro, a lógica de controle e segregação social e urbana que originou historicamente o asilo. Eu acho que esta lógica está mudando nos dias atuais. Stolkiner, uma conhecida psiquiatra argentina, diz o seguinte: o asilo hoje é anacrônico. A exclusão social não requer mais os muros e as portas fechadas do asilo. Ela pode se dar abertamente na rua. A territorialidade e a convivência social mudou na cidade latino-americana. Ou seja, hoje os ricos vão para o shopping center e para os seus condomínios fechados, e a rua é o lugar mesmo da exclusão social.

Se isso é verdade, então esta necessidade da exclusão na forma do asilo ficou anacrônica. No atual estágio da reforma psiquiátrica, acredito que nós efetivamente estamos trabalhando ainda nessa transição de um modelo antigo, o da segregação como limpeza e retirada do louco da convivência social da rua. Assim, essa antiga forma de exclusão social ainda constitui a principal questão de fundo para nós.

Em segundo lugar, é importante retomar a idéia de que o asilo e o hospital tradicional concentram recursos materiais e humanos do ponto de vista geográfico. Há algum tempo atrás nós utilizávamos a expressão extinção dos manicômios, e eu acredito que o risco que a gente corria era de extinguir junto com eles os recursos da saúde mental no Brasil, principalmente no atual contexto de crise do Estado e das políticas sociais.

Assim, o que nós temos que fazer é pensar: como é que nós podemos superar as formas anacrônicas de segregação do louco e descentralizar inclusive geograficamente esses recursos que estão concentrados no asilo? São essas questões que estão no pano de fundo desse panorama de alguns países que eu quero traçar, para podermos então tratar de forma mais rica do caso brasileiro.

Antes de iniciar, é preciso observar que os países que comentarei têm uma desigualdade imensa em seus processos de reforma psiquiátrica, quando se compara as suas diferentes regiões, diferentes áreas dentro de uma mesma cidade, ou às vezes a

cobertura de uma mesma área por um único serviço. Portanto, quando falamos de países específicos, podemos ter em mente modelos nacionais hegemônicos de cuidado, mas convivendo com essa enorme desigualdade interna.

Vamos primeiro para a Suécia. É um caso interessante porque lá temos uma reforma psiquiátrica que se desenrola em um período de pleno desenvolvimento e maturidade do que a gente chama do estado do bem-estar, universal e acessível para todos os cidadãos e imigrantes legais. Apresentam também uma transição demográfica que aconteceu muito prematuramente em relação à maioria dos demais países. Essa transição demográfica foi gerando desde o início do século XX uma população de idosos muito grande, num contexto de forte individualização e no qual a família não tinha mais a função de cuidado. Portanto, o Estado tinha de cuidar desses indivíduos. Neste quadro, cada cidadão adulto tende a ter sua casa independente e o Estado teve de assumir essa tarefa de cuidar inclusive fisicamente das pessoas com qualquer forma de dependência, geralmente em suas próprias casas. Para isso, se requer um alto nível de taxaço nos impostos, para financiar e gerar uma forte rede descentralizada de serviços de bem estar social claramente estatal e com suporte social integral para todos os grupos de dependentes: os idosos, deficientes, doentes crônicos, e os usuários de saúde mental. Isso implica também acesso a moradia individualizada, com exceção apenas dos casos de maior dependência, e para isso a estratégia é que todo conjunto habitacional a ser construído no país é obrigado a ter um determinado número de casas e apartamentos para estes grupos sociais de pessoas com dependências. O processo envolve também esquemas de trabalho protegido no mercado formal. Eles têm um sistema de bolsa paga pelo Estado, pelo qual as pessoas podem trabalhar geralmente no mercado formal, e que também é interessante para o empresário, porque ele vai ter um trabalhador com características diferenciadas, mas que não implica em praticamente nenhuma despesa.

Então, no modelo sueco, nós podemos dizer que a desinstitucionalização psiquiátrica se sustenta, é gerida e é baseada nessa rede de serviços sociais pessoalizada, descentralizada, em cada bairro, com fortes pilares na residência, no trabalho e no sistema de assistência social. Este modelo de desinstitucionalização é tão focado na assistência social que está gerando um desafio novo e curioso: os psiquiatras estão ficando praticamente de fora. Os colegas psiquiatras engajados na luta pela reforma têm inclusive medo disso, porque normalmente os psiquiatras acabam ficando apenas nos serviços de emergência e nos ambulatórios, muito voltados para a medicação, e tendem a ficar muito conservadores.

Temos assim um sistema que se baseia fundamentalmente na rede de assistência social e nos trabalhadores da área social, principalmente os assistentes sociais. Há uma forte ênfase na reinserção pelo trabalho, em moradias de tipos muito diferenciadas, e em uma abordagem que eles chamam de teoria da normalização, que procura avaliar quais são as características do ambiente asilar e institucional convencional, como superá-las na prática cotidiana e como é que se pode oferecer condições que se assemelhem àquelas de um padrão de vida "normal" de qualquer cidadão, no sentido de se estar oferecendo oportunidades iguais para todos. Lembremos que nestes países, dado o acesso universal ao sistema de bem estar, a distância entre o padrão de vida dos mais ricos e da grande maioria da população não é muito grande.

Vou só dar um exemplo. Em uma das residências de usuário da saúde mental que eu visitei, em Estocolmo, um apartamento dentro de um conjunto habitacional, vi um móvel antigo. Eu perguntei: se esse morador se mudou recentemente para cá e a casa foi montada "do zero", como é esse negócio de móvel antigo? A resposta veio logo: aqui é costume das famílias terem relíquias de família e nós damos a oportunidade para eles comprarem pelo menos um móvel antigo, porque isso faz parte dos recursos a que todo cidadão tem direito como tradição e nós oferecemos isso para os nossos moradores. Isso é apenas um dos detalhes desta abordagem na normalização, que pode ter também riscos, mas que, naturalmente, têm vários aspectos muito interessantes.

Associado à idéia de normalização, está o conceito de empowerment, de que o usuário tenha poder, inclusive para que ele possa negociar o contrato de cuidado e seu projeto

de assistência. Essa é uma palavra de difícil tradução, às vezes traduzida como empoderamento, e quer dizer estratégias de aumentar o poder contratual do usuário junto ao sistema de cuidado, aos trabalhadores sociais, de saúde e saúde mental, e nas relações interpessoais e na sociedade em geral. Esse elemento é uma grande ênfase na abordagem sueca, claramente associado ao forte componente de individualização na cultura do norte da Europa.

Vamos agora para a Inglaterra, para uma estratégia que eu chamaria de "cuidado comunitário com ênfase administrativa". Essa ênfase se dá principalmente porque a onda mais acentuada de desinstitucionalização ocorreu particularmente depois da vitória da Margaret Thatcher, em 1979. Qual é a lógica hegemônica neste processo? É principalmente uma lógica gerencialista com forte viés financeiro, de inspiração neo-liberal. Eles tinham grandes hospitais que já estavam no final de sua vida útil, e cuja reforma seria extremamente difícil e cara: imensos custos de reforma física e de manutenção do aquecimento, por exemplo. Então o que eles fizeram? Em muitos casos, visualizaram uma venda planejada e casada. Avalia-se o valor do imóvel e se prevê a compra de unidades residenciais nas localidades de origem dos moradores. Ou seja, a desconcentração geográfica dos recursos é feita se vendendo as instalações, os prédios, o terreno, e com parte do dinheiro adiantado desta venda eles planejam a preparação dos usuários, a relocação e capacitação dos trabalhadores e vão comprar casas de forma descentralizada nos municípios de origem da população asilada. É uma logística de base administrativa, que leva em conta que o hospital tradicional não é mais um investimento racional, como se vê nas novas estratégias neo-liberais de gerenciamento da política social. Há também neste processo um arranjo e integração entre as duas linhas de financiamento do sistema de bem estar social, que é dual: o sistema nacional de saúde, o conhecido NHS, e o sistema de assistência social, que também se sustenta fortemente na rede de serviços sociais pessoais, similar ao sueco, porém mais pobre. Neste, o papel da assistente social também é muito forte.

É importante observar ainda que a partir dos anos 90, a política social inglesa foi radicalmente privatizada e terceirizada. Hoje, a maior parte dos serviços sociais e dos serviços de saúde mental não são diretamente estatais, mas terceirizados, principalmente no terceiro setor e também no setor privado.

Nesta estratégia de desinstitucionalização, em muitos lugares os usuários tiveram uma cuidadosa preparação, foram estimulados a visitar os lares que já haviam sido montados, e tiveram participação na decoração e montagem de suas futuras casas e na definição do projeto de suporte pessoal e social. Assim, no Reino Unido, há também forte ênfase nas abordagens da normalização e de empowerment.

Vamos viajar agora para a Itália. Ela representa um modelo muito diferente do Inglês porque é muito baseado em um forte processo de politização, de mobilização dos trabalhadores de saúde (no movimento de reforma sanitária) e das famílias, e com completa substituição do hospital especializado. Penso que não preciso dar muitos detalhes da experiência italiana, já que é bastante conhecida por todos nós. É muito interessante ver que na maior parte das cidades, ao contrário do Reino Unido, se manteve os imóveis dos antigos asilos fazendo uma reconversão de suas funções. Este é o modelo típico de Trieste: extingue-se fisicamente parte dos prédios ou lhe damos outras funções, mas não há propriamente a venda do imóvel. A partir daí, busca-se criativamente outros recursos privados e públicos para a aquisição de locais de moradia e para montagem dos centros comunitários de saúde mental nas cidades. É também dada uma ênfase muito grande ao trabalho, através de cooperativas e empresas sociais, e no subsídio em dinheiro para os moradores, como componente importante de aumento do seu poder contratual. Um outro aspecto importante é que todo este circuito completo de serviços é demarcado para uma área programática, o distrito sanitário, e fica sob a gestão da psiquiatria. Isto então se difere muito do modelo sueco, no qual a maior parte do cuidado fica na área da assistência social, enquanto na Itália fica no sistema de saúde, agregando e coordenando os outros serviços e dispositivos sociais. Neste sentido, o sistema Inglês pode ser considerado como o meio do caminho entre a Suécia e a Itália, com um pé nos dois sistemas de financiamento e de estruturação das políticas sociais e

de saúde. Concluindo, na Itália, o sistema de saúde foi a base da reforma psiquiátrica, e esta é uma característica importante também para o nosso processo de transição brasileira na saúde mental.

Voltemos então agora ao Brasil, tentando comparar a nossa experiência em psiquiatria com as apresentadas acima, e indicar algumas características e dilemas na nossa estratégia de transição na reforma. Em primeiro lugar, nós temos uma transição que será na certa mais longa, em um ambiente de crise das políticas sociais. Nosso movimento de reforma psiquiátrica tem um componente imenso de mobilização política, como na Itália, mas devemos estar conscientes de que nos encontramos em um contexto de crise social mais séria, mais aberta, característica acentuada nos países da periferia capitalista e no atual contexto de políticas neo-liberais, acompanhada de um forte processo de desfiliação e exclusão social. Neste quadro, temos o já citado anacronismo do hospital psiquiátrico tradicional: agora, os destituídos, os desfiliaados e os loucos podem viver abertamente nas ruas, já que temos uma enorme crise e fragilidade dos programas de saúde e de assistência social. Estes são apenas formalmente universais, como estabelecido na Constituição, mas não apresentam as mínimas condições de atender a todos nem a todas as necessidades desta enorme parcela de nossa população. Isto coloca um imenso desafio para nós, para pensarmos a presente transição na reforma psiquiátrica.

Do ponto de vista comparativo, a nossa estratégia de reforma psiquiátrica é muito parecida com a italiana. A base da estrutura dos serviços e da reforma se dá dentro do sistema de saúde, e a partir dele tentamos mobilizar os outros recursos de natureza social. Nesta direção, tendo em vista o nosso sistema de "bem estar" (podemos inclusive nos perguntar se podemos chamá-lo assim) ser muito pobre, tem sido de importância fundamental os princípios de intersetorialidade e de integralidade do cuidado, por meio da luta estratégica pela competição por recursos junto às outras áreas de política social e pela integração efetiva de ações concretas, tentando mobilizar outras secretarias e programas para trabalharmos de forma integrada. Um exemplo significativo neste campo tem sido a luta por serviços residenciais em saúde mental. Nós conseguimos recentemente esta portaria dos serviços residenciais terapêuticos, em um contexto de forte resistência do sistema de saúde em investir em serviços que em tese seriam da área de assistência social. Agora também tem sido muito importante investir em programas de trabalho, e para isso a área da assistência social vem sendo mobilizada e sensibilizada pelas demandas da saúde mental, para que possamos desenvolver ações reais e integradas.

Vamos continuar as comparações. Nós também estamos vivendo um processo de transição demográfica e de mudança da estrutura familiar. Por exemplo, o nosso processo de desinstitucionalização está ocorrendo em um contexto em que vem aumentando a proporção de idosos no conjunto da população, o número de pessoas que vivem sozinhas, a participação da mulher no mercado de trabalho e a desintegração gradativa da família como produtora de cuidado social na esfera doméstica. Uma implicação clara da combinação destes processos pode ser vista na atual crise das formas convencionais de institucionalização dos idosos, em paralelo com uma crescente incapacidade das famílias em cuidar de seus parentes mais velhos no âmbito doméstico.

A nossa experiência no campo da saúde mental pode colaborar muito para este campo da atenção aos idosos, ao mesmo tempo que amplia nossas alianças com estes outros grupos sociais que também estão sofrendo, dada a nossa característica de pobreza estrutural do sistema de assistência social. Neste quadro, cabe chamar a atenção para a possibilidade efetiva de uma desinstitucionalização que garanta o cuidado e que não implique em negligência social. Hoje, a gente está vendo, por exemplo, muitas famílias ficarem sem recurso de prover o cuidado ao idoso em casa ou mesmo não quererem saber deles, em paralelo a denúncias constantes de hospitais e asilos de idosos que são verdadeiros campos de concentração, de forma muito semelhante ao que ocorria em psiquiatria no período do governo militar.

Apesar desta situação mais geral da assistência social no país, nós temos uma "gordura" no nosso campo da saúde mental, que são os recursos investidos na admissão psiquiátrica no hospital clássico. Nessa reconversão há ainda muito por ser feito, nós temos um grande trabalho pela frente. Em outras palavras, no campo da saúde mental, apesar da crise geral das políticas sociais, há recursos significativos que estão sendo investidos em um tipo de intervenção anacrônica e que podem ser desconcentrados em serviços locais abertos, e que significam um espaço enorme de mudanças, mesmo sem o investimento de recursos novos. E esta linguagem da modernização e racionalização do sistema tem que ser assumida por nós, trabalhadores e gestores da saúde mental, inclusive por meio do uso de uma lógica financeira. Que estratégia seria essa? Nós estamos num momento de municipalização do sistema de saúde. Os governos municipais querem readquirir a gestão e o investimento local deste dinheiro que hoje paga por serviços de hospitais psiquiátricos à distância. E é um montante de dinheiro muito grande. Por isto, a importância desta Norma Operacional de Assistência à Saúde, de janeiro passado, já que vai induzir os municípios a articularem esse sistema hierarquizado e municipalizado de cuidados com forte ênfase nos serviços locais.

Nós temos ainda mais alguns desafios importantes, dada a nossa forte lógica hospitalocêntrica. Em muitos asilos, unidades residenciais foram construídas dentro do espaço hospitalar, e há uma lentidão considerável para transferir essas experiências para fora, de forma descentralizada, de forma mais dispersa na cidade. Existe aí uma enorme dificuldade do patrimônio estatal no país em ser reconvertido e descentralizado geograficamente, principalmente dos recursos cristalizados em imóveis, inviabilizando uma estratégia semelhante àquela adotada na Inglaterra por meio da venda dos imóveis dos hospitais. Entretanto, o simples fechamento ou extinção dos hospitais psiquiátricos e a transferência dos imóveis para outras agências governamentais significaria apenas transferência ou pulverização de recursos do campo da saúde mental para outras áreas de política pública, sem contrapartida. Daí, é imprescindível se pensar em estratégias de negociação e troca entre secretarias e níveis de governo, dentro do enorme parque de recursos imobiliários que possui. Por exemplo, alguns antigos asilos psiquiátricos do Rio de Janeiro vem permitindo que algumas instalações ou áreas verdes do hospital sejam ocupados por outras entidades públicas para outros usos, mas a discussão mais recente destas estratégias vem implicando em buscar novas negociações com estas secretarias, no sentido de disponibilizar imóveis em outros bairros para os novos serviços de saúde mental, desconcentrando e descentralizando os recursos da área.

Entretanto, essa estratégia deve ser combinada com outras, principalmente no campo dos recursos humanos. Nós estamos hoje no Estado do Rio iniciando intervenções em asilos privados, em um processo que deve ser muito cuidadoso, procurando fazer censo dos moradores destes hospitais onde a situação é mais aguda, como é o caso de Paracambi e Varzea Alegre, e criando uma estratégia individualizada de avaliação e de projeto de desospitalização e reinserção na comunidade, para cada morador. A dificuldade maior está na mobilização de recursos novos para adquirir imóveis para dispositivos residenciais e para contratação de recursos humanos. Uma das estratégias que penso que pode ser utilizada de forma provisória e temporária, em emergências como essa, é a terceirização de recursos humanos através de ONGs responsáveis, que torna mais flexível e permite a contratação mais imediata de mão de obra nova, sem ter que esperar tanto pela abertura de concurso público para servidores convencionais. Mas é preciso ter cuidado com estes processos porque significam precariedade nos postos de trabalho e volatilidade nos recursos, quer dizer, você corre o risco de uma mudança política e estes trabalhadores e o próprio serviço ficam muito instáveis; e a clientela sofre com isso. Entretanto, se a estratégia é bem utilizada e o novo programa consegue "mostrar serviço" de boa qualidade e ser legitimado na sociedade em pouco tempo, haverá uma pressão maior por parte da própria comunidade, das famílias e dos novos trabalhadores para se conseguir contratos mais estáveis, principalmente através de concurso público para servidores convencionais, e para a institucionalização mais permanente e formal dos novos serviços dentro da rede estatal.

Nós temos ainda uma outra dificuldade importante no processo, já que a maior parte de

nossa rede de atenção psicossocial é de CAPS abertos apenas por 8 horas diárias e por 5 dias na semana, e não de CAPS 24 hs e 7 dias na semana. Ou seja, principalmente para quem está nas residências, é muito importante ter uma retaguarda de serviços abertos 24 horas por dia e também no final de semana. E em alguns de nossos hospitais asilos o perfil de idade é muito avançado, muitas vezes com clientela muito dependente. De qualquer forma, eu avalio que as experiências brasileiras de dispositivos residenciais tem mostrado uma habilidade razoável de receber e cuidar de clientes mais dependentes, principalmente quando o processo é acompanhado de uma boa preparação individualizada para a transição para as casas e é feito com participação na montagem dos lares. E nós já temos experiências piloto bem sucedidas destes dispositivos residenciais em Porto Alegre, Campinas, Ribeirão Preto, Santos e Rio de Janeiro.

E para concluir, eu diria que nós alcançamos nos últimos momentos algumas conquistas muito importantes em saúde mental, no campo legal e financeiro. Primeiro, foi a lei das cooperativas sociais, em 1999. Mais recentemente, foi a portaria dos serviços residenciais terapêuticos, no ano de 2000, e a nossa nova lei psiquiátrica este ano, além da NOAS. Eu acho que nós já temos de certa forma, neste momento, o arcabouço legal básico para a reforma. Eu diria também que temos uma provisão financeira com fortes bolsões de reserva, através da "gordura" hoje concentrada nos asilos psiquiátricos.

É claro que temos muitas dificuldades, mas eu acho que estamos com a faca e o queijo na mão, podendo fazer muito. O que falta, e eu diria que essa é a nossa tarefa, é mobilizar a vontade política para implementar isso na prática, com responsabilidade e com ética. Essa é a luta para a qual convido a todos os presentes a se integrarem com afinco e firmeza.

Muito obrigado.

## Domingos Sávio do Nascimento Alves

*Debatedor*

Presidente do Instituto Franco Basaglia, RJ.

Quando a gente está falando da saída do hospital, à luz do que os apresentadores falaram, estamos dizendo que o hospital perdeu o sentido, além de técnico, inclusive político. O que o Eduardo Vasconcelos falou, da nova forma de exclusão, da nova maneira de se excluir, o hospital está tão atrasado que ele continua cumprindo um papel anterior a esta nova forma de exclusão. Esta coisa tem que estar presente na nossa compreensão, a natureza retrógrada até do ponto de vista político.

Agora, gostaria de chamar atenção em algumas coisas que foram levantadas pelos apresentadores. Primeiro, o caráter diverso - quando Desviat fala desigual, em espanhol é diverso, o caráter diverso na Espanha e em outros países. E no nosso caso, o Brasil, mais diverso ainda. Nós temos 30 países aqui dentro: Belo Horizonte é um país, a cidade do Rio de Janeiro é um país. Quer dizer, nós temos vários países e por isso o nosso processo tem direito de ser mais diversificado ainda. Porque se ele não for diversificado provavelmente ele está cometendo equívocos. Porque nós temos disparidades e diferenças regionais que devem ser levadas em conta.

Tanto na Espanha quanto na Itália, a diferença do que acontece na Emília Romana onde está o Venturini, do Norte, segregador, fascista, e também do sul meio pobre. A diferença social, de poder econômico de cada região determina diferenças na implantação do processo de reforma.

A outra questão que eu gostaria de levantar é a questão da dificuldade da convivência de dois modelos: o modelo tradicional e o modelo substitutivo. Isto é uma dificuldade quase sem solução, pois além do prejuízo no imaginário das pessoas, ou seja, o que traz de confusão ideológica, ela tem também o problema financeiro. Como é que você vai conviver com dois tipos de modelo, o tradicional e o outro que o substitui, com o mesmo recurso?

E uma terceira questão, que é a questão da legitimação social. O Desviat fez menção à pesquisa de como o conceito de periculosidade caiu no imaginário social, caiu, desapareceu. Aqui no Brasil, recentemente, há uns 3 a 4 anos, um programa "Você Decide": uma criança com problemas mentais e o "Você Decide" perguntava: interna ou não interna? E a opção foi não Internar apesar dela agredir a um dos pais, alguma coisa desse tipo. Quer dizer, essa coisa da periculosidade ligada ao diagnóstico, quem fala disso hoje só uma pessoa muito atrasada, que não lê nada há pelo menos 20 anos. Se nós não repetirmos isso, a população, os familiares, a sociedade e a imprensa deixam de falar neste assunto. Esta questão é uma questão que permeia também todos os países onde esta questão da reforma foi colocada de forma clara.

Agora, eu gostaria de me voltar um pouco para uma sistematização que é meio

simplista, mas é uma sistematização que fez o José Manoel Bertolote, da Organização Mundial da Saúde, fazendo um estudo comparativo de como os países fizeram sua reforma psiquiátrica. Os países, segundo ele, ou fizeram pela via legislativa ou pela via normativa. Até então só existia uma país que havia feito pela via legislativa, a Itália. Os outros países estavam tentando fazer ou fazendo pela via normativa. O caso mais exemplar é a Inglaterra, exclusivamente via normativa. E o caso brasileiro, como é que fica, como é que se enquadra, só para efeito acadêmico. Ele não se enquadra. Ele teve tanto o ato normativo do Ministério da Saúde quanto o ato legislativo dos Estados. Na medida que não existia uma lei nacional, os Estados tomaram a iniciativa de fazer o seu processo legislativo. Hoje nós temos 7 leis estaduais, sendo um dos Estados o de Minas Gerais. Então, o Brasil fez, mais uma vez, um processo misto de atos normativos e de processo legislativo. E curiosamente, a Itália só aprofundou e consolidou o processo de Reforma, na medida que utilizou complementarmente o processo normativo. O que eles chamam de projeto objetivo é o que nós chamamos de decreto. Foi na hora que o poder executivo, em 1996, decretou que o recurso seria canalizado daquela forma, assim se consolidou o processo italiano, nos últimos 4 anos.

Quer dizer, o processo isolado, o legislativo, sem um forte processo normativo não avança muito e dificilmente se consolida. Nós estamos passando por isso em vários estados da federação, que têm leis e estão empacados no processo, porque o processo normativo de transferência de recurso não está explicitado.

Eu queria lembrar uma última questão, que eu acho que permeia toda a nossa discussão, todo o debate, que é aquela dúvida: qual o modelo que eu vou adotar. Tenho certeza que metade das pessoas aqui estão com esta dúvida. O Benedetto Saraceno, que é o Diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS, falava, falou e tenho certeza vai continuar falando: esqueçam o modelo. Modelo por modelo tem o modelo do hospital psiquiátrico, que é aquele modelinho bonitinho, modelo pronto. E se você quiser desenhar o modelo, você nunca vai superar esse modelo, pois esse é o modelo tem 200 anos, está aí, foi se aperfeiçoando - foi ficando cada vez pior, é claro - mas foi se aperfeiçoando, no que ele tem de pior, que é a racionalidade, a separação e a catalogação. E é interessante que quando você não discute modelo você vê que é possível implantar programas utilizando diversas formas e estratégias. Por exemplo, a Itália tem em alguns lugares os Centros de Saúde Mental, que são serviços 24 horas, mas tem também uma vastidão de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. É aquilo que o Venturini falou: há que se estudar qual tem melhor ou pior inserção comunitária; este é um estudo a ser feito. Mas eu gostaria que este estudo não levasse a muitas conclusões precipitadas. Vou ser mais claro. O Desviat, por exemplo, apresentou o que se faz em Leganés onde se opera com vários serviços, várias estratégias ditadas por um único programa.

Eu sou do interior de Minas, de uma cidade perto de São João Del Rei, que tem dois hospitais gerais sendo um a Santa Casa. Seria suficiente que o ambulatório de saúde mental de São João Del Rei tivesse oficinas terapêuticas ou seria necessário um CAPS. Eu vizinho de lá, onde vou sempre a passeio, acharia que deveria potencializar o ambulatório de saúde mental com várias oficinas e se você precisasse fazer internação usar 3 ou 4 leitos na Santa Casa.

Porque a Santa Casa lá é um serviço comunitário. O hospital de Piedade do Rio Grande, minha cidade, tem 9 leitos e ele é um serviço comunitário, nada mais comunitário do que este hospital. Então não tem que abrir um outro serviço para uma população de 5.000 habitantes. Aliás, os doídos de lá, felizmente sequer vão ao hospital. A última vez que fui lá na Semana Santa, encontrei com um deles e, vou dar um nome fictício, e falei "João, porque você está vestido de mulher?" Ele falou: "eu não estou vestido de mulher, estou vestido de índio. E não me aborreça. Nós somos todos índios. Isto aqui não é o Brasil?" Aí eu perguntei para a minha prima que é assistente social de lá: "Ele vai ao hospital?". Ela falou: "vai ao hospital por que? Por que ele iria ao hospital? E nem ao ambulatório. Porque ele iria ao ambulatório? Ele não está precisando de nada, ele não está pedindo para ir ao ambulatório".

Eu volto a citar o Benedetto: "Nós temos que trabalhar com duas coisas: com premissas e com expectativas de respostas".

Quais são as premissas? A primeira premissa é que o isolamento não é terapêutico. Aí falam: "de novo com essa conversa? Está escrito há vinte anos que o isolamento não é terapêutico". Quando nós falamos "o isolamento não é terapêutico", estávamos repetindo Basaglia aqui no Brasil no final de 1979, estávamos falando do hospital. Agora eu estou querendo falar de outra coisa. O isolamento não é terapêutico, eu estava querendo falar dos novos serviços, da nossa percepção burocrática em relação ao problema dos outros. Essa é uma questão fundamental. Porque senão nós vamos continuar fazendo nos CAPS, nos NAPs, ou que nome tenham, a mesma prática, a mesma tecnologia da psiquiatria de 200 anos atrás, que dizia: "isolar para conhecer, conhecer para intervir". Então, nós temos que trabalhar com essa premissa, de que isolar não é terapêutico. Portanto, atender telefone, dar o celular para os nossos clientes, o nosso telefone da nossa casa, do consultório, isto sim é não se isolar. Repetindo Basaglia: "doente solto, psiquiatra preso; psiquiatra solto, doente preso". Então, se a gente trabalhar com esta premissa, nós vamos construir e inventar serviços e diversas formas e estratégias que serão de fato substitutivas ao hospital psiquiátrico; senão nós vamos tentar repetir no lugar aberto aquilo que o lugar fechado faz muito bem.

Uma outra questão que eu acho importante do Benedetto, um outro conceito dele, quando ele fala de trabalhar com premissas, é você trabalhar com conceito de acessibilidade. Essa é que deve ser a lógica da organização.

O que quer dizer acessibilidade? O serviço pode ser único, pode ser múltiplo, 10 serviços integrados. Não tem problema. Estes lugares são acessíveis? Onde é o lugar que se situam? O hospital psiquiátrico a gente já sabe onde se situa. O hospital psiquiátrico não tem como ser comunitário, porque ele foi feito para ser distante, de difícil acesso.

Quanto ao funcionamento do serviço: se ele abre às 9 horas, provavelmente não é para os nossos clientes, porque eles acordam às 5, e passam a demandar às 5:30. O serviço tem que funcionar às 7 e não às 9 horas. É por que o doutor não chegou? O que é isso! Quer dizer, essa lógica tem que permear quem organiza serviço. Quem faz a agenda do serviço? Esta é uma outra pergunta. Se quem faz a agenda é o usuário, se o serviço é para ele, que tipo de programa ele oferece? Ele fecha às 5 horas. Tudo bem! Mas qual é o serviço que o substitui após às 5? Para quem a família vai ligar? Não tem problema ele fechar às 5. Mas a família vai ligar para qual serviço que vai estar aberto? Por exemplo, na aprazível cidade de Parati, onde estive recentemente, o CAPS fecha às 5 horas. Parati à noite só funcionam na rua os bares e o movimento em torno da pesca. Se precisar de atendimento, vai ser atendido no hospital municipal de Parati com seus 40 leitos; em quaisquer dos seus 40 leitos. Eu perguntei: "você internam o paciente onde?". Respondeu "a gente não interna não; a gente atende e manda para casa". O "não interna não" foi na maior simplicidade. No dia seguinte ele vai lá ao CAPS.

Quer dizer, é assim mesmo, com essa simplicidade. Repetindo o Benedetto, o paradigma da atenção psicossocial é o paradigma da banalidade. Se nós fizermos com simplicidade e com essa premissa ideológica de que o isolamento não é terapêutico, provavelmente nós estaremos no caminho certo.

E para terminar. Tem uma coisa que o Benedetto insiste, e todos os três falaram: o dinheiro tem que acompanhar o paciente. Esta questão é fundamental, porque senão é isso que o Eduardo alertou: ao invés de substituição do hospital tradicional nós vamos na verdade estar fazendo o desmantelamento de uma assistência muito ruim, mas que ainda é feita. Nós não podemos substituir desmantelando. Substituir é substituir mesmo. Então o dinheiro tem que acompanhar o paciente. E neste sentido, dentro da pasta de vocês tem três portarias exemplares: uma não vou falar que é exemplar, porque foi do meu tempo, fica chato. Se vocês conseguirem descobrir, que descubram. A outra exemplar é a portaria 106, que é a portaria dos serviços residenciais terapêuticos. Ou seja, quem financia o serviço? A AIH do hospital psiquiátrico. Ele sai e leva o dinheiro. E a outra norma que é exemplar, a deliberação 54 da Secretaria do Estado do RJ, quando o Pedro Gabriel era o coordenador: os municípios que têm hospital psiquiátrico perdem dinheiro

do hospital psiquiátrico passando o recurso para abrir serviços substitutivos. Mas é assim que se faz política. Política pública se faz com dinheiro, não com conversa. Quando fala de uma proposta tem que mostrar o orçamento. É inclusive a experiência recente da Itália, recente no sentido administrativo. Na hora que você determinou fluxo financeiro aí você de fato extinguiu o hospital psiquiátrico. Espero que os poucos remanescentes hospitais privados de lá aos poucos fechem. Porque é uma idéia tão anacrônica, que eles vão acabar.

E eu queria terminar com uma pergunta. Este seminário tem um tema muito estimulante. Quando conversei com o José César e com a Miriam eu fiquei fascinado. Realmente esse é o dilema das grandes cidades. A cidade de Belo Horizonte tem 2 hospitais psiquiátricos públicos, deve estar vivendo este dilema: como é que nós acabamos com esse lugar, no mínimo, inadequado? É um dilema! E mais: o hospital público tem algum papel a cumprir? Eu acho que tem um papel tático neste momento: tirar as pessoas do hospital psiquiátrico privado, prepará-las para ir para serviços residenciais terapêuticos e para os serviços substitutivos.

Fazer essa passagem a partir dos hospitais privados tem sido quase impossível. Balcões de toda forma. O IFB está acompanhando, por força de um convenio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, este processo de desospitalização e estamos vendo que é difícil. Qual o papel então que caberia ao hospital psiquiátrico público? Fechando progressivamente primeiro o hospital privado, trazendo do hospital privado o seu cliente, preparando-o para sair, preparando para transformar esta AIH em recurso financeiro do serviço residencial terapêutico. Porque no hospital público, com uma equipe afinada com essa ideologia e com esta proposta você consegue preparar. Ou seja, ele só cumpre um papel tático, que vai cumprir durante 5 a 10 anos, acredito eu. Mas é só esse, não tem mais outro papel a cumprir. Porque senão ele fica defasado, tão defasado que vira uma caricatura numa tentativa de humanizar, salvar, etc e tal. Não estou querendo dizer com isso que não se devam cumprir as portarias de regras mínimas de funcionamento. Isto é outra coisa.

E aí, um testemunho pessoal, um triste testemunho pessoal. Eu fui prisioneiro aqui em Belo Horizonte, na década de 70 na ditadura militar e eu passei por duas prisões em BH. A primeira prisão, aqui no Distrito Policial da Serra, que deve existir ainda, onde eu fiquei 16 dias, quase nu, sem tomar banho e em cima de um colchonete. E depois do décimo sexto dia eu fui para uma prisão que tinha água, banho, comida, eu botei roupa. E aí eu vejo alguns comentários do tipo: humanizar o hospital psiquiátrico, cumprir as portarias do Ministério é simplesmente querer confinar dando uma maquiagem. Não é verdade. Eu prefiro a prisão com roupa. Eu preferia. Eu comemorei quando tomei o primeiro banho depois de 16 dias, eu fiquei muito satisfeito. Eu fiquei emocionado. Então, eu acho, que o hospital enquanto existir tem que ter comida, banho, privacidade da correspondência, visita obrigatória, proibição de cela forte. Tudo isso pode não ser importante para algumas pessoas mas para quem está lá dentro é importantíssimo. As pequenas conquistas é que determinam a qualidade de vida e não as grandes questões nacionais. Essas não, essas são para outro debate. As pequenas questões são valorizadas pelas pessoas que lá estão. Além do meu lamentável testemunho pessoal, tem o testemunho de uma paciente da Colônia Juliano Moreira, quando alguém, em uma visita, falou assim: "mas a Colônia Juliano Moreira é a mesma 10 anos depois, enfermarias, podridão". Levantou uma paciente e disse: "Dá licença, o senhor que chegou de fora, eu queria corrigir o senhor. Mudou muito, tá. Eu todo dia almoço, janto, eu saio na hora que eu quero e outra coisa: nunca mais eu tomei eletrochoque e miudinho nos meus peitos". O miudinho é uma técnica, estou chamando de técnica, uma forma de tortura que era praticada na Colônia Juliano Moreira. O então professor titular de psiquiatria da UNIRIO, aplicava o referido e temido "miudinho": eletrochoques no mamilo e no clitóris das pacientes até que entrassem em orgasmo, porque isso para ele era terapêutico. Ele deu esta declaração na imprensa. Não teve vergonha de falar ao Jornal do Brasil, mencionando "a técnica" como o melhor tratamento para histeria.

Ou seja, eu acho que humanizar o espaço de internação onde ele exista, deve ser uma preocupação nossa. Humanizar as relações. Ontem eu estava participando de uma

oficina no IFB e uma pessoa que faz teatro falou exatamente isso. "É muito engraçado. Vocês falam em novos tratamentos e porque vocês não conversam olhando na cara das pessoas, porque vocês não olham para os pacientes que vocês estão tratando? Olha para eles, eles estão se queixando, estão querendo falar alguma coisa para vocês". Ou seja, a humanização do olhar, do comportamento, eu acho que este é o papel que ainda cabe, não ao hospital, mas a todos nós técnicos que estamos lá intervindo e participando deste processo coletivo.

## Debate

### PERGUNTA:

Meu nome é Cláudia Pequeno, sou gerente do Cersam Pampulha aqui de Belo Horizonte. Eu queria parabenizar a organização do evento, parabenizar todos os expositores pois foi muito rico, para a gente, esse momento. Mas eu queria também falar que, pelo fato da gente estar aqui em Belo Horizonte, numa capital, que, vamos dizer, é o cartão de visita do Estado de Minas, que poderia ter tido também para os colegas dos municípios, os colegas da região metropolitana, do Estado de Minas algum momento para que Belo Horizonte pudesse falar um pouquinho da experiência que a gente está tendo. Dos momentos muito ricos, numa gestão que foi uma gestão democrática - popular aqui na cidade, entre 1993 e 1996, depois um momento de estagnação em todo o processo de saúde nesse município, e agora, a gente está vendo uma grande chance de avançar no projeto de saúde mental, que é o que a gente espera para essa cidade. E nós, trabalhadores de saúde mental dessa cidade, vestimos a camisa do projeto que a gente acredita e a gente queria estar tendo a oportunidade de estar passando um pouco mais a experiência que a gente está vivendo, vivenciou e está continuando a vivenciar, porque eu, enquanto gerente, principalmente, eu sou muito procurada pelo pessoal da grande BH, do Interior de Minas, para saber um pouco mais, como funciona B.H. É mais nesse sentido que eu queria estar falando. Apesar de ter sido excelente a gente ouvir experiências do mundo inteiro, de outros estados, para nós foi muito enriquecedor, mas eu acho que poderia ter sido um pouco mais além, apesar de valorizar demais este evento e eu acho que a gente está precisando muito é disso, de encontrar mais, de trocar experiências, e como proposta, que a gente faça o 2º, o 3º, o 4º, o 5º seminário, que a gente possa, cada vez, caminhar mais juntos.

### PERGUNTA:

Me chamo Marta Elizabeth, trabalho em Betim e sou do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Duas questões rápidas. A primeira é sobre a questão da democracia. Tenho certeza que a gente só consegue fazer avançar os serviços, quando a gente tem uma gestão verdadeiramente democrática. E hoje, isso está muito complicado e estamos tendo que fazer verdadeiros movimentos de resistência, porque as gestões estão muito defensivas, muito ambíguas, fazendo, às vezes, as pessoas e em especial, os trabalhadores, perderem os rumos e os caminhos. A segunda questão é como vamos arrancar esse dinheiro que nós precisamos? Nós não estamos contemplados na NOAS. Como é que vamos monitorar nosso dinheiro que sai da AIH e se perde no sistema? Eu estava comentando com o Marcus Vinícius, que ao nível macro, nós até conseguimos arrancar

coisas do governo do Collor, do governo Itamar e acho que nós estamos precisando disso de novo. Este ano é um ano decisivo para nós, pois temos que arrancar daquele Serra o dinheiro que é nosso.

ERNESTO VENTURINI:

Como justamente falou Domingos, aquilo que foi resolutivo, na Itália, nos últimos anos, foram as normas operacionais, e isto significou que na lei financeira está escrito que, se o responsável, o Secretário Municipal ou Estadual de Saúde, não conseguir fechar o hospital ou a troca desta possibilidade de utilização de recursos para o serviço comunitário, o salário dele vai ser cortado; se ele consegue o resultado, ele tem um incentivo econômico. Acho que cada lei, cada regra, deveria ter algumas normas operacionais. Outro ponto importante foi o que o Williams Valentini falou ontem, sobre o fato de quando um CAPS ou NAPS impede um internamento de uma pessoa, ele deveria ter direito à AIH, como recursos verdadeiros substitutivos ao internamento.

SANDRA FAGUNDES:

É claro que eu vou falar absolutamente atravessada pelos afetos e pelos reencontros. Que bom esta Mesa, e que bom te escutar, Domingos. Agora, eu acho que nós temos que incluir uma tese, uma terceira questão na questão brasileira, que tem acompanhado também o nosso país nesse processo, que é justamente o do movimento social. No Brasil, realmente, não é nem normativo nem legislativo, tem os dois, mas principalmente, é movido em função de movimento social, representado, tendo como principal referência, o Movimento da Luta Antimanicomial. Muitas vezes, em alguns países mais estáveis, a questão normativa é suficiente para desencadear processos, mas nós estamos num país periférico, capitalista, dependente, em conflito, portanto não é a mesma coisa. Mais do que nunca, nós precisamos buscar referendar, fortalecer movimentos sociais. No campo específico da saúde mental nós temos o Movimento da Luta Antimanicomial, mas é também o que já foi trazido pela Mesa, no Brasil nós temos muitos movimentos: dos sem teto, dos sem terra, dos meninos de rua, dos próprios trabalhadores na questão dos fóruns de busca de emprego, no Rio Grande do Sul nós tivemos um fórum que é marcante para o mundo, que foi o Fórum Social Mundial em janeiro, com uma segunda edição para o final de janeiro de 2002, onde os movimentos do mundo inteiro se reúnem reivindicando, dizendo que "um outro mundo é possível" e qual será este mundo. Então, o que eu gostaria de trazer para a Mesa, um pouco mais, é a centralidade dos movimentos sociais, também para estes processos de transformação.

PEDRO GABRIEL:

Eu não estou na Mesa, mas a platéia me dirigiu questões, e obviamente devo responder. Queria dizer duas coisas que eu acho que são importantes. Primeiro, nós temos que garantir a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro deste ano. Esta é a principal questão estratégica do financiamento que eu queria dizer para vocês, à partir da análise que eu faço desse momento da Reforma, desse momento político, a partir do meu ponto de observação no Ministério da Saúde. É fundamental garantir a realização da Conferência, para que se possa, de fato, colocar o item do financiamento - que é um dos três sub-temas principais - em questão e poder de fato redirecionar. Eu queria mencionar para vocês o engessamento que ainda existe, na forma de financiamento da atenção em saúde mental. A passagem dos recursos do sistema hospitalar para o sistema extra-hospitalar de fato é feita a duras penas, com muita dificuldade, e tem sido realizada com um ritmo muito lento. A portaria dos serviços residenciais terapêuticos é de novembro, permite uma forma de financiamento clara, através do sistema que se chama APAC, que retira da AIH e cobra no sistema ambulatorial APAC o mesmo valor - o valor está colocado lá - e gera efeitos, e é um sistema de refinanciamento de transferência, já colocado numa norma do Ministério que está em vigor, e no entanto, ela não está produzindo efeitos práticos. São muito poucas as experiências de serviços residenciais que, de fato, estão ocorrendo no Brasil, apesar,

posso testemunhar para vocês, do interesse dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental. Eu quero dizer o seguinte: é uma certa dificuldade de fazer mover esse sistema de financiamento, que é centralizado, ainda, na AIH e hospital psiquiátrico.

Uma pessoa, ontem, me fez uma pergunta sobre isso, mas eu acabei não desenvolvendo mais, uma pergunta sobre esta estratégia adotada no Rio de Janeiro, que está no livro colocado na pasta de vocês, e que tem sido adotada numa negociação mensal, na bipartite. Eu acho que isso deve ser feito em todos os Estados. A pergunta mencionava que, talvez, aquela era uma forma de financiamento exclusiva. Não é uma forma de financiamento, mas é uma estratégia para refinanciamento, isto é, uma estratégia para redirecionamento dos recursos de um sistema para outro. Nós temos que, na bipartite, aprovar um plano anual, que é negociado mês a mês, de transferência de recursos de AIH para o sistema ambulatorial. Como eu mencionel ontem, nenhum gestor está obrigado a utilizar o recurso da AIH, que ele transfira, em atendimento em saúde mental, exceto se isso for pactuado e repactuado na bipartite. Então esse é um instrumento que está colocado e pode ser utilizado. Por isso, ontem, eu estava publicando para vocês, esta proporção entre gastos com internação e gastos com extra-hospitalar, que eu estou querendo fazer por município de gestão plena também, para o município de gestão plena começar a se dar conta de que ele tem recurso e que ele pode transferir. Não há nenhum impedimento legal - eu estou dizendo isso, porque se argumentava que era ilegal - não há nenhum impedimento legal, não se encontrou nenhum, nunca houve nenhum impedimento legal para se transferir recursos de AIH para remunerar CAPS, para remunerar lares abrigados, etc. Então, este é um ponto importante em termos de estratégia que eu acho que tem que ser utilizado.

Mas quero também chamar a atenção para um fato bastante relevante neste cenário. Que é um fato um pouco novo em relação a esta discussão aqui. Há uma pressão importante dos serviços privados e filantrópicos que trabalham com usuários de drogas, para uma espécie de credenciamento universal pelo SUS. Eu sou contrário a este credenciamento, principalmente se ele for universal, universal nem pensar. Inclusive universal é o nome de uma das, digamos, corporações que estão pressionando. Mas essa é uma pressão muito importante, num cenário onde não só o Brasil, mas o mundo inteiro, vive uma situação de insegurança absoluta em relação à questão da droga e de impotência absoluta em relação à droga, que sugere medidas que possam ser consideradas medidas "heróicas ou decisivas", e etc. Neste momento inclusive, eu não posso nem dizer muito sobre isso, porque, a partir de 3 semanas atrás, esta área de atendimento aos usuários de álcool e drogas não está mais sob minha responsabilidade. Foi criada uma área própria, que ainda não está estabelecida. Isto também vai ter influência sobre o financiamento, porque não existem recursos novos para credenciar este tipo de serviços. Por isso eu quero dizer para vocês o seguinte: a questão mais importante do financiamento é garantir a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

#### DOMINGOS SÁVIO:

Tem uma questão que foi tocada muito de leve, muito rapidamente, pelos três palestrantes, no que se refere à Reforma nos diversos países, mas que eu queria ver se a gente conversava um pouco sobre isso, que é a questão dos profissionais. A gente está se deparando, agora, no Rio de Janeiro, com uma situação muito difícil. Saiu o Secretário Municipal de Saúde, Sérgio Arouca, importante liderança do movimento sanitário brasileiro, e não sabemos qual será a nova direção propriamente dita. Mas, a gente está se deparando no Rio com o seguinte problema: nós não temos profissionais. A prefeitura abre concurso para psiquiatra e não tem psiquiatra para trabalhar nos novos serviços. Faz o concurso, chama e não assume, não toma posse. A maioria das pessoas foram preparadas para o trabalho tradicional e quando você vai lotar no CAPS, aí já começa a dificuldade. Dura 2 meses, 3 meses e sai. Então, esta é uma questão que para nós é importante, nós temos que discutir isso: o profissional para esse tipo de cuidado, qual o tipo de preparo, de habilitação que nós temos para isso. Então, estou vendo a Secretaria enfrentar esta dificuldade no Rio de Janeiro e gostaria que vocês pudessem falar um

pouco sobre como esta questão nos diversos países.

**MANUEL DESVIAT:**

Eu creio que um dos grandes problemas nos processos de mudança é quando tem que se aprender novas formas de atenção. Na Espanha, como em praticamente todos os países, quando se iniciou o processo da Reforma, não havia uma adequação dos currículos, nem dos psiquiatras, nem dos psicólogos, nem dos enfermeiros, nem dos auxiliares. Havia um currículo pensado para outro tipo de problemas, ou manicomial ou para hospitais gerais. Desencadeou-se um processo de reconversão e um processo de formação, paralelo ao processo da Reforma. Ao mesmo tempo que se geravam, digamos, uma série de programas novos, se gerava uma formação nova. De toda maneira, a mudança de mentalidade que eu me referi anteriormente, precisamente, a mudança de mentalidade com respeito à doença mental que se buscou nos profissionais, se buscou por esta necessidade de reciclagem. Existe uma anedota no meu serviço, que no ano de 1985 foi elaborada uma pesquisa, que perguntava quantas pessoas que estavam internadas no hospital, poderiam ser chamadas a viver numa casa. Esta pergunta foi feita ao pessoal da enfermaria. Responderam que apenas uma pessoa poderia sair e ir morar numa casa. Ao cabo de um ano haviam saído cerca de 60-70 pessoas para as casas. Se esta pesquisa tivesse sido feita dois anos depois, provavelmente os funcionários teriam dito que 90% das pessoas poderiam sair, pois já teriam aprendido instrumentos que as permitiram realmente um trabalho diferente. Eu creio que um dos grandes problemas que pode ter um processo de mudança é se alguém é colocado numa situação que não sabe o que fazer. Ele tem que estabelecer programas de reabilitação mas ele não sabe fazer reabilitação. Eu acho que as autoridades diretivas têm que preparar o pessoal, têm que esforçar-se por fazer cursos de formação, por transferir pessoas a outras instituições, para que aprendam. Como disse outro dia, a saúde funciona com capital humano, o recurso mais importante é a pessoa, e portanto, temos que cuidá-la, que formá-la.

**EDUARDO MOURÃO:**

Quero comentar um pouco em duas áreas que eu tenho acompanhado. Não tanto na Psiquiatria, mas na Psicologia e Serviço Social. E são duas áreas importantes. A Psicologia tem tido um papel muito importante, do ponto de vista do Conselho Federal de Psicologia, dos Conselhos Regionais, em algumas linhas de pós-graduação e eu diria que, também, na área de estágios. Mas nós ainda temos uma grande resistência de entrar na área da formação em graduação. E eu acho que é uma questão que a gente tem que pensar um pouco na nossa estratégia do Movimento da Luta Antimanicomial. Nós temos investido muito na formação de profissionais em pós-graduação, mas não temos transformado internamente as culturas profissionais. Ou seja, quando a gente fala de uma profissão, nós estamos lidando com uma cultura que se organiza em organizações corporativas, que se organiza em opções teóricas, em paradigmas, mas também que se organiza, vamos dizer, enquanto cultura propriamente, numa relação com a clientela, num padrão específico de atenção. Ou seja, na Psicologia ainda temos que fazer um esforço de estarmos influenciando a graduação.

Eu estou vivendo isso no Serviço Social. O Serviço Social brasileiro é muito interessante. Eu diria que é a única categoria profissional, dentre as que trabalham na área de saúde mental, que tem um claro posicionamento ético-político por um projeto popular democrático - enquanto profissão e enquanto entidades. É claro que a Psicologia está fazendo isso, mas a profissão do Serviço Social já tem isso há mais tempo. Agora, o que eu percebo, é que nós estávamos capacitando o Serviço Social para a saúde mental, no nível de pós-graduação. O esforço que a gente tem feito no R.J. é de tentar trabalhar ao nível da graduação, produzindo uma interferência teórica, metodológica, instrumental ao nível da graduação. Isto é muito importante numa profissão que, nós sabemos que a Reforma Psiquiátrica tem muito a ver com o social. Então, esta questão dos recursos humanos tem a ver, também, com a nossa capacidade de estar influenciando ao nível da

formação na graduação, e não só na pós-graduação, porque aí nós não influímos tanto na cultura profissional.

**ERNESTO VENTURINI:**

Isto também é um problema para nós, na Itália. Felizmente ou infelizmente o maior número de médicos do mundo, em relação à população, está na Itália. Então isto significa que a oferta de médicos resolve o problema da demanda. Na realidade, o problema central é o problema da formação acadêmica dos profissionais, o problema é o fechamento da Universidade para as mudanças. Então, aquilo que é hegemônico na cultura dos profissionais, por exemplo, para o psiquiatra, é a cultura biológica. Não no sentido do bio-psico-social, mas no final dos Cursos, as pesquisas, as publicações, são aquelas que têm o apoio das multinacionais dos medicamentos. Este é um grande problema.

É possível corrigir isso de alguma maneira, porque a Universidade, por exemplo, que tem o papel da formação, não pode desenvolver nenhum atendimento sanitário. A Faculdade de Medicina não pode ter uma própria enfermaria. Deve ser a enfermaria do CAPS. Para conseguir pacientes, a Universidade tem que fazer um compromisso com o serviço público. Que a possibilidade de estágio, a possibilidade de formação, no sentido da Residência, ocorre só no serviço público. Então, isto é uma possibilidade de tentar ganhar aquele que a Universidade tentou destruir.

Outra saída foi a diversificação dos profissionais. Não só psiquiatra, enfermeiro, mas aumentar os tipos de profissionais, o psicólogo, terapeuta profissional, assistente social, aumentando o número deles, de outras figuras que agora estão reconhecidas, pode ajudar a resolver os problemas da nova cultura.

**PERGUNTA:**

Sou Fernanda Nicácio e eu queria colocar duas questões. Primeira. Para além das questões legislativas, normativas, importantes para o processo da Reforma, o próprio Movimento Antimanicomial que a Sandra falou, tem os serviços e as experiências locais e a força e a concretude que elas puderam dar para estas discussões todas. Eu acho que isso é muito importante, porque em determinados momentos, alguma experiência local que possa se sentir frágil, às vezes não percebe o significado que ela tem para o todo da Reforma. Eu estou falando isso, também, hoje, aqui, para colocar um pouco mais de responsabilidade nas costas do Estado de Minas Gerais, porque eu acho que Minas tem, hoje, a maior possibilidade de ocupar um lugar muito importante neste processo.

A segunda questão é em relação à portaria 106, que é um excelente instrumento. Nós demoramos muitos anos para conquistá-lo, desde as discussões que o Domingos colocava em relação ao PAD, e eu acho que nós estamos num momento perigoso em relação a esta discussão. O Pedro estava levantando, que a portaria está sem ser, de fato, concretizada, e isso é preocupante. Pois um instrumento muito poderoso, pode começar a ser lido de uma forma um pouco banalizada ou tornar-se algo que se discute, em alguns momentos, como letra morta. Certamente, todos os Estados e Municípios estão convocados a isso, mas eu ainda tenho observado, pelo menos no Estado de São Paulo, muita desinformação dos municípios, e acho que não é só um problema de oposição, é muita desinformação. Talvez, as Coordenações Estaduais pudessem ocupar um lugar importante e vou falar alguns Estados, só pela minha proximidade, devem certamente existir outros, mas que a gente poderia pensar em situações coordenadas, e aí de novo o Estado de Minas Gerais, o Estado do Rio de Janeiro, certamente o Estado do Rio Grande do Sul. Em São Paulo, o que eu posso trazer de informações a este respeito, é que a gente, enquanto Movimento, vem discutindo bastante isso. Hoje temos possibilidades em alguns municípios, e na semana passada, a gente agendou uma discussão com a Coordenação Estadual, especificamente, em relação à essa questão da implantação da Portaria 106. Eu pensei estes Estados, não por uma questão outra, apenas porque são aqueles que eu tenho tido informação. Se tiver

outros Estados ou esses que eu mencionei, com mais informação sobre o processo de implantação da Portaria 106, acho que poderia estar sendo colocado.

PERGUNTA:

Sou Marcus Vinícius e ouvindo esta Mesa, estava a refletir sobre um signo que nos acompanha nesse processo, desde o seu início, e que a despeito de ser uma companhia tão freqüente, tão permanente, o nosso modo de perceber e relacionar com esta companhia permanente, me parece que fica muito ressentido. Eu estou me referindo ao caráter eminentemente contraditório de tudo que a gente faz. Nosso terreno, nossa praia, é a contradição. Nós nos nutrimos de contradição. Tudo o que a gente faz é uma grande contradição. E é interessante, que a gente ainda se relaciona com o caráter contraditório, muitas vezes, de uma forma ressentida. A gente gostaria que não fosse contraditório. A gente gostaria que as coisas fossem coerentes, que as coisas fossem ordenadas, que as vontades fossem concatenadas. Eu estou trazendo essa reflexão para pensar que, de certa forma, no Brasil, nós não tivemos nenhuma conjuntura particularmente favorável a nenhum movimento social nos últimos 12 anos, nos quais estamos trabalhando na Reforma. Era absolutamente improvável que nós trouxéssemos a Reforma Psiquiátrica brasileira se olhado o quadro geral dos avanços nos outros setores sociais. Pelo contrário, nós assistimos reduções drásticas, desfinanciamentos drásticos, em todas as áreas sociais. É só pegar orçamento da União e comparar, que nós vamos ver que claramente, todas as áreas sociais perderam dinheiro, excetuando estes aportes recentes da saúde que vêm como uma excepcionalidade, mas que também não nos beneficiaram. Quer dizer então, do ponto de vista estrutural, nós efetivamente não podemos debitar nas condições favoráveis a nossa caminhada.

E me parece que, ao trazer aqui a questão dos profissionais, esta questão me volta também, porque de certo modo a nossa Universidade é uma Universidade absolutamente elitista. Os nossos alunos da Universidade não querem esse negócio de pobre não, não gostam de mexer com essa coisa de pobre. Mas, efetivamente, o que nós percebemos é que há uma grande contradição, que foi expressa hoje, quando o relato da Erotildes nos diz das pessoas que entraram para a Residência e disseram depois estar fora, não querer mais mexer com isso. Eu acho que o tempo todo, nós estamos encontrando sujeitos que se demitem desse lugar e fazem uma definição, que no meu entendimento, é uma definição de classe, de classe social. "Eu não tenho compromisso nenhum com este grupo social, meu compromisso é com o meu grupo social, é com a elite desse país". O tempo todo nós temos sujeitos que se demitem, mas o tempo todo, também, nós temos sujeitos que fazem o movimento inverso e se comprometem. Eu quero crer até, que na realidade brasileira, nós temos produzido um movimento de comprometimento, na medida em que você começa a ter espaços onde a política falsificada dá lugar a uma política de transformação social, uma política como compromisso e responsabilidade, e nós podíamos dizer da maior parte das administrações democráticas-populares, que realizam esforços sinceros e o processo de multiplicação dessa participação, que tem sido, inclusive, desideologizado. "Eu quero participar não é porque eu sou de esquerda nem porque tenho compromisso com o socialismo, não; eu quero participar porque me sinto implicado com este nível, no presente da minha vida". Eu estou trazendo este elemento, que me parece que nós temos que, talvez, ainda, em nossa caminhada, desenvolvermos um sentimento mais positivo em relação à contradição. Eu acho que a gente pode criar uma pequena oração matinal que fale alguma coisa assim: "ainda bem, seja bem vinda a contradição nossa de cada dia", alguma coisa dessa ordem que nos permita perceber na navegação, no caráter contraditório, a nossa grande chance, a nossa grande possibilidade de fazer avançar as coisas.

Por uma Política de Saúde Mental:  
Da Opção Feita aos Passos Necessários.

---



**José Cezar de Moraes**  
Coordenador de Saúde Mental/FHEMIG

**Simone de Oliveira Franco**  
Coordenadora de Saúde Mental/SES-MG

Como já vimos, o título deste Seminário – HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: SAÍDAS PARA O FIM – constitui por si mesmo uma opção. Trata-se de pensar, a partir da opção feita, os passos necessários a que nos conduz.

Este Seminário, diga-se desde já, não teve por objetivo elaborar propostas, e, sim, dentre tantos passos que se seguem, realizar aquele logicamente anterior. Ou seja, tratamos, neste documento, da definição dos princípios que devem guiar uma política de saúde Mental, quando voltada para um compromisso inequívoco com os direitos humanos.

Violação clamorosa dos direitos humanos: nós a reconhecemos, em 1979, diante das imagens de homens e mulheres nus, famintos, esqueléticos, nos pátios de Barbacena. Seres humanos despojados de todo direito, no mais brutal dos matadouros – sob a responsabilidade do Estado, e com o aval da ciência: não foi isto o que chocou, com justiça, a opinião pública de então?

Entretanto, a retomada da questão dos direitos do homem numa perspectiva ao mesmo tempo mais ampla e mais exigente é um passo necessário cumprir.

Direito à alimentação decente, à cama limpa, ao agasalho, ao teto, aos bons tratos, são tão elementares quanto consensuais: têm sido assegurados, ao longo dos últimos anos, nas unidades psiquiátricas da FHEMIG. Contudo, cumpre lembrar que os direitos humanos se legitimam de fato quando não se reduz o homem a receptor, mas, sobretudo, quando o impede a agir; quando lhe assegura a proteção necessária, sem perder de vista, porém, que o prolongamento ou o abuso e toda proteção transformam-se rapidamente em tutela; quando propicia ao homem a dimensão da decisão e da escolha; quando as saídas se abrem para a liberdade.

Assim concebendo os direitos humanos, entendemos os hospitais psiquiátricos como incompatíveis com sua garantia e preservação. Princípio decisivo, que nos remete por sua vez à criação: abrir, por princípio, espaços sem muros, portas sem trancas, caminhos sem volta para o tratamento livre, consentido e cuidadoso para os portadores de sofrimento mental.

As conferências e mesas redondas aqui apresentadas delinearam com clareza rara as questões envolvidas neste percurso. Vimos como o signo da exclusão, presente no nascimento do hospital psiquiátrico, marca até hoje até mesmo suas mais sofisticadas

operações; se entendemos como conjunturalmente necessária a coexistência entre hospitais e serviços substitutivos, assinalamos seu caráter provisório. Avallamos o hospital psiquiátrico como impasse a superar; para desconstruí-lo, examinamos aqui as tantas invenções em curso. Constatamos entre hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos um embate, que se revela também, de forma exemplar, no campo do ensino; refletimos, enfim, sobre as estratégias em curso para uma Reforma Psiquiátrica digna deste nome. Tivemos, ademais, um significativo espaço para a troca de experiências entre os serviços de Saúde Mental aqui presentes, onde estas questões foram, mais uma vez, expostas ao debate e à demonstração.

Assim, expostos e demonstrados os princípios, há que apontar aqui alguns dos passos necessários de forma inadiável, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos; sua efetuação, porém, dependem de fatores e enquadres políticos que devemos frisar aqui.

É fundamental que a Secretaria de Estado da Saúde e a FHEMIG mantenham a posição que apresentaram aqui: esta coerência deve assegurar-se em níveis diversos, através de uma firme política estadual de Saúde Mental. Como respaldo indispensável para tal política, temos a lei estadual antimanicomial: urge fazê-la vigorar plenamente, executando desde já suas diretrizes, e providenciando imediatamente sua regulamentação.

Devemos ter em mente, ainda, que a disposição para a extinção dos hospitais da rede pública será inútil, e mesmo perniciosa, se não se inclui num processo de desmontagem da rede hospitalar privada, com rigor na fiscalização, supervisão e controle, responsabilidade inalienável do poder público.

Um outro passo consiste em implementar novas formas de financiamento, que permitam o redirecionamento de recursos para esta nova direção das ações de saúde Mental: as próximas Conferências Municipais, Estadual e Nacional serão certamente um espaço onde devemos levar esta importante reivindicação.

Ainda como passo necessário, dentre os que mais o são, temos o envolvimento e a responsabilização dos municípios: como a legislação sanitária preconiza, e a prática cotidiana nos demonstra, transcorrem no âmbito municipal, quando há real empenho dos gestores, as mais férteis e eficazes ações de Saúde Mental. Na presença de tal empenho, as Coordenações de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e da FHEMIG colocam-se à disposição para contribuir neste processo.

Outros passos dizem respeito à própria FHEMIG e suas unidades de Saúde Mental: sem entrar aqui em detalhamentos ou proposições de maior minúcia, esperamos que os serviços de Saúde Mental da FHEMIG façam honra à sua condição de serviços públicos. Já o fizeram muitas vezes, sem dúvida, deixando marcas inesquecíveis no combate à mercantilização do sofrimento mental. O contentamento com as próprias conquistas, tão merecido, pode ainda assim levar-nos à estagnação; o desejo intenso de transformar, que nos guiou em tantos momentos, pode igualmente dar lugar ao medo da mudança. Assim, segue-se nosso apelo aos trabalhadores da FHEMIG: não se deixem tomar pelo terrorismo fabricado que busca atingi-los, fazendo-os ver no fim dos hospitais psiquiátricos o desprestígio, o desemprego e outros fantasmas mais. O desejo de desconstrução não se confunde com o suicídio, profissional ou institucional, como pensam ou querem fazer pensar alguns. Pelo contrário, trata-se de enfrentar certas condições de exercer o nosso ofício, mortíferas não apenas para os usuários, mas para nós mesmos; trata-se de uma defesa do nosso potencial de vida, trabalho e criação.

Assim, e só assim, pode fazer-se a clínica tal como a desejamos. Esta clínica, longe de estereótipos psi, encontra particularidades impossíveis de revelar-se na estreiteza dos consultórios, nas elaborações intermináveis, nas circulações de única mão. Esta clínica, é incompatível com a submissão das pessoas a saberes que, embora produzidos a partir de suas palavras, não são todavia reconhecidos como seus. Não há argumentos clínicos a que possamos recorrer para justificar a existência dos hospitais psiquiátricos: esta tentativa, quando feita, reduz a operação da clínica à banalidade mais um lugar comum.

Mais um passo necessário, de tal importância que o deixamos para nossa conclusão: a presença efetiva do controle social. Na oportunidade, convocamos gestores, trabalhadores, usuários, a uma participação efetiva na próxima Conferência Estadual de Saúde Mental, pois trata-se da instância deliberativa legítima para aprovar, enquanto política oficial de Saúde Mental do Estado, os princípios delineados aqui.

O encerramento de um evento tão amplo e tão belo não pode prescindir da lembrança de um nome tão querido: o nome de César Rodrigues Campos, sua tenaz disposição, seu claro sorriso. São marcas preciosas, quando trilhamos firmemente este caminho que César tanto contribuiu para fundar.

Enfim, agradecemos a todos por sua presença nesta busca de uma liberdade sem fronteiras, acreditando que este encontro trouxe, mais uma vez, um desafio: que Minas empreenda, ainda e mais uma vez, a conquista corajosa e coletiva do encanto da sua fala.

Obrigado.