

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ROSELENE DE ALENCAR

**DE PACIENTES A USUÁRIOS:
CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS POLÍTICOS NO MOVIMENTO DE LUTA
ANTIMANICOMIAL**

Salvador
2004

ROSELENE DE ALENCAR

**DE PACIENTES A USUÁRIOS:
CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS POLÍTICOS NO MOVIMENTO DE LUTA
ANTIMANICOMIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Caroso, UFBA.

Salvador

2004

Silva, Roselene de Alencar

De Pacientes a Usuários: construção de sujeitos políticos no Movimento de Luta Antimanicomial./ Roselene de Alencar Silva. – Salvador : R. A. Silva, 2004.

166 f.

Orientador Dr. Carlos Caroso

Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2004.

1. Saúde Mental 2. Cidadania 3. Antimanicomial 4. Ativismo 5. Psiquiatria 6. Políticas Públicas
I. Título

CDU :

CDD :

TERMO DE AVALIAÇÃO

ROSELENE DE ALENCAR

DE PACIENTES A USUÁRIOS: CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS POLÍTICOS NO MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL.

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Ana Cristina Figueredo _____

Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Carlos Caroso Soares _____

Doutor em Antropologia, University Califórnia Los Angeles, (EUA)

.....

Jane Araújo Russo _____

Doutora em Antropologia, Museu Nacional, (UFRJ)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Mônica Nunes _____

Doutora em Antropologia, Université du Montreal, (Canadá)
Universidade Federal da Bahia.

Naomar Almeida Filho _____

Doutor em Epidemiologia, University North Carolina, (EUA)
Universidade Federal da Bahia.

Dedico este trabalho ao amigo Eduardo Araújo por toda garra e determinação nesta luta, aos que ainda não conseguiram se livrar dos grilhões e a todos os demais que foram tragados pelo manicômio.

AGRADECIMENTOS

Ao final deste trabalho são muitos os débitos contraídos ao longo destes quatro anos. Início esta sessão agradecendo primeiramente ao CNPQ, pela concessão da bolsa de estudos que me permitiu cursar os quatro anos de doutorado com suporte financeiro para minhas atividades.

Ao meu orientador Carlos Caroso, pela liberdade de criação concedida durante a orientação e pela boa vontade em acolher-me em momentos difíceis desta caminhada.

A Núbia Rodrigues, que além de amiga-irmã foi leitora atenciosa, incentivadora, interlocutora de idéias, por todo seu auxílio e acolhida.

Ao meu amigão John Collins, pelas discussões e leitura crítica do meu modo de interpretar. A ajuda transatlântica foi indispensável.

A Marcus Vinícius Silva por disponibilizar seu arquivo pessoal, orientação e interlocução de idéias, além da sua alegria contagiante e amizade conquistada.

A Marcelo Magalhães pelo carinho, amizade e tudo mais...

A Eduardo Araújo por tudo.

A Elvis Vitoriano, Vivian Volkmer, Ana Cláudia Esteves, Laíse Andrade, Marcos Smith, Bianca Meneses, Luis Fernando Queiroz, Luana, Célia Baqueiro, Larissa Vital e Julio Peixoto por todas as contribuições e auxílios prestados.

A Marcão e Jó por terem cuidado de Nara e Alice durante a confecção deste trabalho.

A Nara e Alice e toda minha família pela compreensão de minha ausência.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	14
PLANO DA TESE.....	35
I - LOUCURA X SAÚDE MENTAL: TERAPÊUTICAS LEGAIS.....	37
1.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA LEGISLAÇÃO BAIANA	62
II – A PRODUÇÃO DO SABER SOBRE PSIQUIATRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA	66
III – CIDADANIA: POLITIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE.....	88
3.1 UMA TRAJETÓRIA PESSOAL E POLÍTICA NO ÂMBITO DO MLAM	110
3.2. ARTICULAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE E O MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRO	124
IV – PODERES E CONTRA-PODERES NUMA ARENA DISCURSIVA.....	133
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

RESUMO

Nas últimas décadas, o Movimento de Luta Anti-Manicomial (MLAM) tem despontado como um espaço importante para a discussão sobre a reforma psiquiátrica e para as políticas de saúde mental no estado da Bahia. A partir da análise de biografias de ativistas (recolhidas através de entrevistas) e de documentos (legislação, portarias, instruções normativas, textos produzidos pelo MLAM, matérias de jornal etc.), é possível afirmar que esse movimento favorece a emergência do **paciente** como **usuário** e **ativista** e se configura como um espaço de circulação de sujeitos que durante décadas foram considerados inimputáveis. A figura do *paciente ativista* surge neste contexto, quando conquista a nova condição de *usuário*. A subjetividade que emerge do diálogo com o ativismo não significa a “libertação” do dispositivo psiquiátrico; representa forma de subjetivação pautada em outro dispositivo, o MLAM, que resulta em condição de vida mais digna para os usuários quando comparada aos pacientes psiquiátricos institucionalizados. Objetivei apreender esses micro-processos sócio-político-econômicos no âmbito dos movimentos sociais em saúde, tendo como pano de fundo a noção de “cidadania”; para tanto foi necessário investigar e analisar as práticas sociais no cenário do movimento social, em sua relação com o estado e os indivíduos envolvidos. Foi possível também constatar a precariedade da atenção pública psiquiátrica no estado da Bahia, configurada pelo número reduzido de profissionais; concentração de serviços na capital; profissionais sem o devido treinamento, principalmente no interior do estado. As narrativas individuais foram organizadas num conjunto de textos que permitiu construir um diálogo entre os atores sociais envolvidos na Reforma Psiquiátrica, buscando demarcar as diferentes posições no interior do campo. A análise das narrativas seguiu uma perspectiva interpretativa e historicamente contextualizada. Assim, a questão primordial que orientou a elaboração deste trabalho pode ser entendida a partir da relação entre paciente => institucionalização; => usuário => institucionalização <=> desinstitucionalização. As trajetórias destes usuários ativistas resumem de certa forma, a história do MLAM e sintetizam parte da história da psiquiatria, após a emergência dessas novas abordagens, dentre as quais a Luta Antimanicomial é o ponto chave. Os ativistas usuários são pessoas que conheceram a institucionalização pelo lado de dentro; e igualmente o engajamento no MLAM representou a reconquista de um lugar para ocupar no mundo, fora do manicômio. A reforma das práticas psiquiátricas constitui desse modo uma conquista maior que torna este ativismo possível.

ABSTRACT

In the last decades, the Fighting Movement Anti-Asylum (FMAA) has emerged as an important space for discussion about psychiatric reform and mental health politics in Bahia State. From biography analysis of activists (collected by interviews) and from documents (legislation, “portarias, instruções normativas”, produced texts by FMAA, newspaper fragments, etc.), it is possible to affirm that this movement helps the patient’s emergency as an user and activist, and it configures itself as a circulation space of people who over decades, were considered as “inimputáveis”. The image of the activist-patient arises on this context, when it conquers the new condition as an user. The subjectivity that borrows from the activism doesn’t mean a ‘freedom’ from the psychiatric device; it represents a form of subjectivity linked in another device, the FMAA, which results in a worthy life-condition for users when compared to psychiatric-institute patients. I focused on apprehend these micro-process social-political-economical in health social movements scope, having a citizenship notion as a background; So, it was necessary to investigate and analyze the social practices on social movement scene, and its relationship with the State and the individuals involved. It was also possible to establish the precariousness of psychiatric public attention in Bahia State, configured by the reduced number of professionals; service concentration on the Capital; professionals without proper training, mainly in the State Country. The individual narratives were organized in a text joint that allowed to construct a dialog among social actors involved on Psychiatric Reform, trying to demarcate the different positions inside the field. The narrative analysis followed an interpretative perspective and historically contextualized. So, the fundamental question that guided the elaboration of this work can be understood by the relationship of patient => institucionalism; => user => institucionalism <=> uninstitucionalism. The path of these activist users resume, in a certain way, the history of FMAA and summarize part of the history of Psychiatry, before the emergency of these new methods, which the Anti-Asylum Fight is the main key. The users activists are people who knew the institucionalism for inside; and equally the commitment on FMAA represented the reconquest of a place to belong in the world, out of the asylum. The reform of the psychiatric practices becomes, in this way, a bigger conquest which makes this activism possible.

Apresentação

Lembro-me da primeira vez que atravessei o portal de um manicômio. Era o ano de 2001; eu ali estava para participar das comemorações do dia do Assistente Social, cuja programação previa uma mesa redonda sobre ética na saúde, seguida de um coquetel.

À entrada do hospital encontrei um ativista, usuário do serviço de saúde mental, que se tornou uma espécie de emblema do movimento de luta antimanicomial na Bahia. Acompanhei-o até o auditório. Os palestrantes daquela manhã já haviam tomado seus lugares. Entre psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, filósofos e assistentes sociais, todos os saberes estavam ali bem representados: ética e saúde mental eram os temas específicos que seriam debatidos naquele dia.

A hora avançava em direção ao meio-dia quando a última pessoa iniciou sua fala; saí para fumar um cigarro e o ativista me acompanhou. O diretor do hospital cruzou nosso caminho e dirigiu a palavra ao ativista, quase não notando minha presença. Ele contestava uma denúncia feita à Câmara de Vereadores do Salvador, que dava conta de oito óbitos ocorridos no interior do hospital. Outro ponto melindroso dizia respeito a desvio de verba do REFORSUS, um programa do Ministério da Saúde para melhoria das condições de atendimento na rede pública de saúde. O diálogo foi breve e os interlocutores trocaram palavras duras. Para interromper a situação delicada, desta vez se dirigindo a mim, o diretor da instituição nos convidou para conhecer o pavilhão onde estavam sendo realizadas as oficinas terapêuticas. Visitamos especificamente uma oficina de mosaico (ministrada por artista plástico bastante conhecido na cidade). Logo em seguida, ele nos levou ao local onde seriam plantadas palmeiras imperiais. Entendi que ele queria contestar as denúncias do ativista, mostrando-me que as práticas no hospital estavam sendo humanizadas: árvores estavam

sendo plantadas; os internos estavam sendo engajados em atividades artísticas com finalidades terapêuticas.

O périplo pelos espaços deixou o ativista exasperado. Para ele, nada disso era importante, pois o que interessava mesmo era o fim dos manicômios e não “trazer artistas de rua”, como ele mesmo enfatizou, para fazer da loucura um eufemismo através da arte, ou apresentar à sociedade a loucura de maneira bem comportada, transformada num espetáculo que aos não-loucos seja fácil digerir, assimilar e aceitar. O diretor retrucou de imediato: “você quer que eu abra os portões simplesmente e solte mais de 140 pessoas por aí? Isso só iria reforçar a indústria farmacêutica!”. Complementou que os ativistas da Luta Antimanicomial foram inconseqüentes ao denunciar oito mortes, quando na verdade teriam ocorrido apenas três; duas de causas não relacionadas ao manicômio. Morre gente a cada dia, inclusive nos hospitais psiquiátricos, “isso é uma coisa prevista”. Argumentou ainda que, devido à denúncia do MLAM (Movimento de Luta Antimanicomial), a verba do REFORSUS não havia sido liberada justamente porque a credibilidade da instituição foi abalada em conseqüência deste tipo de denúncia.

Saí daquele encontro a pensar sobre uma incômoda questão: por que será que todas as vezes que se fala em reforma psiquiátrica e luta antimanicomial o assunto tende a recair sobre a “abertura dos portões dos manicômios”, um ato emblemático que muitas pessoas em nossa sociedade consideram “irresponsabilidade”, como se isso significasse o fim de toda e qualquer assistência aos que passam por problemas mentais. Ao que parece, não é bem essa a proposta do movimento que já tem feito história no Brasil e que será objeto de análise no decorrer deste trabalho.

Algum tempo depois ali retornei para participar das comemorações do carnaval que a instituição realizava, para que a população internada se tornasse visível para a

sociedade mais ampla. O carnaval é uma celebração da diversidade, onde, em tese, tudo é permitido; todo tipo de loucura, como se costuma dizer, pode se manifestar. Era uma quarta-feira anterior à festa mais popular da cidade. O grupo foi organizado e alguns participantes usavam mortalhas, abadás e poucas fantasias. Muitos traziam faixas e cartazes de cunho político, chamando atenção para o lugar do portador de problemas mentais na sociedade, sendo acompanhados pela banda Filarmônica da Polícia Militar. Imediatamente veio à minha lembrança o questionamento de Goffman (1990[1974]), quanto o lugar de cada um dentro de um manicômio.

À distância, vi um velho conhecido com quem há muitos anos não tinha qualquer contato. De imediato, ocorreu-me que ele havia “pirado” e agora estava internado naquele hospital público. O que pensei sobre este conhecido me fez refletir sobre a “verdade” inelutável que ronda tudo o que se refere à psiquiatria e seu aparato institucional e terapêutico: a sombra de desgraça, estigma e exclusão social que a acompanha bem de perto.

Ao trocar algumas palavras com ele, fiquei sabendo não ser ele interno. Graduou-se em Educação Física e estava ali a desempenhar sua profissão, como parte de um novo contexto do tratamento asilar, que inclui atividades físicas como uma das prescrições para pacientes específicos. Restava-me também esclarecer a este velho conhecido que também eu estava ali a trabalho; trabalho este que julguei, naquele momento, estava começando muito bem.

Em um estudo anterior que realizei para o mestrado, concentrei a atenção no processo de construção de sujeitos pela AIDS, através de diferenciadas experiências com a enfermidade. Este novo enfoque me levou a analisar as **ações individuais** desses sujeitos portadores, denominadas naquele trabalho de **ações biopolíticas**, na sua interação com instâncias de controle e assistência. Busquei conhecer a realidade

experienciada por portadores de HIV/AIDS de baixo poder aquisitivo em Salvador, muitos deles desprovidos de acompanhamento ambulatorial continuado. Objetivei reconstruir as experiências da doença destes indivíduos, apontando para suas práticas de convivência com a AIDS nessa realidade de “pobreza” e, muitas vezes, de total exclusão social. Nesse sentido, busquei apreender a estruturação e a atualização das relações entre os portadores, as instituições governamentais de saúde pública local e organizações não-governamentais de apoio e assistência; as estratégias de inserção utilizadas para viabilizar o acesso a esses serviços, assim como as formas de controle exercitadas por aquelas instituições.

O presente estudo de alguma maneira é tributário desse campo de produção científica, e visa contribuir para atualização teórica e analítica dessa problemática. Para tanto, proponho conhecer as formas de articulação do MLAM como parte do processo da reforma psiquiátrica baiana, partindo do pressuposto de que as condições locais são parte importante para a constituição das lutas sociais.

Introdução

No ano de 1991, um grupo de pesquisadores de diversas origens e campos disciplinares deu início a um estudo que objetivava identificar, descrever e analisar os signos, significados e práticas em saúde mental, em diferentes contextos culturais. Estes antropólogos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais dentre outros, pautavam-se por um Programa de Pesquisa mais amplo desenvolvido pelo INECOM, denominado “Social and Cultural Landmarks for Community Mental Health”¹.

Parte desta pesquisa foi realizada na Bahia, tendo como cenário dois bairros da capital e uma pequena cidade do litoral norte do estado. Além deste interesse pelas maneiras de se conceber, significar e lidar com o comportamento transtornado na perspectiva da comunidade, analisar o papel das instâncias comunitárias (redes familiares e religiosas, vizinhança etc.), foi objetivo da mesma investigação entender e conhecer os modos de operação das instituições psiquiátricas em Salvador, Feira de Santana e Alagoinhas.

Associei-me a este grupo em 2000, com interesse que derivava dos resultados alcançados pelo projeto INECOM. Propus um estudo de natureza diversa, qual seja: os movimentos sociais no campo da saúde mental, pela desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, através da atuação do Movimento de Luta Antimanicomial.

Voltei o olhar para um objeto que apesar de estar circunscrito a outro campo da saúde, o campo da saúde mental, tem um desenho teórico e metodológico bastante similar. Essa escolha implica pensar a construção do sujeito na sociedade ocidental a partir da definição legada por Michel Foucault (1995). Dessa perspectiva, sujeito é o

¹ Almeida-Filho, N.; Caroso, C.; Bibeau, G. & Corin. 1990. Social and Cultural Landmarks in Community Mental Health in Bahia, Brazil – Phase I. Signs, Meanings and Practices in Community Mental Health. Projeto de Pesquisa.

indivíduo submetido a uma certa situação de controle e aprisionamento que tem como suporte a incorporação social de uma identidade específica, dentre tantas possíveis. No caso em análise, essa identidade mais inclusiva e determinante seria a participação de cidadãos em movimentos políticos. Esse fenômeno configura, para Foucault, um **processo** de sujeição de duplo vetor. Do próprio sujeito e das instituições que sobre ele atuam. Nesse sentido, analiso a participação de psicólogos e estudantes de psicologia, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde no movimento de luta antimanicomial, e como estes diferentes atores se articulam na mesma arena política. Quando menciono a relação entre os sujeitos e as instituições não estou me referindo à antiga querela das ciências sociais, que considera **sujeito** e **estrutura** como categorias dicotômicas. Na teoria clássica são categorias que se remetem a duas tradições intelectuais diferentes, mas, que do meu ponto de vista, não ajuda a compreender os processos dinâmicos. Minha escolha epistemológica embora não explícita, se baseia na noção de **processo**, especialmente a partir da abordagem desenvolvida por Foucault, que parte de uma relação de continuidade entre e não de redução a pólos antagônicos. A teoria da ação ou da estrutura, se tomadas isoladamente, não permitem entender a dimensão política dos movimentos sociais, bem como não permitem explicar, por exemplo, as motivações dos atores para o engajamento nestes movimentos (nesse caso o MLAM).

Neste sentido, o conceito de sujeito político tal como desenvolvido por Foucault, vem solucionar este problema. Qual seja o da articulação entre a Ação Social (através da abordagem do ativismo) e da estrutura, abordada através da análise documental, principalmente porque sujeito para Foucault não é o sujeito autônomo, mas é aquele que é atravessado pelas instâncias sociais mais amplas e que estabelece uma relação processual.

Uma das estratégias metodológicas que utilizei na constituição do corpus de dados do presente estudo, para atingir a problematização mencionada no parágrafo anterior, foi de identificar os diferentes discursos que compõem a arena dialógica do Movimento de Luta Antimanicomial para contrapô-los em forma dialógica. Para viabilizar este diálogo coletei alguns tipos de documentos que foram produzidos pelas diversas instâncias envolvidos na problemática ao longo do período de quatro anos, representados por:

1) aqueles que foram produzidos pelas instâncias oficiais da saúde mental na Bahia, representados por estatísticas sobre os serviços existentes e descrição de suas características;

2) pelo texto da legislação brasileira sobre o atendimento em saúde mental, para que eu pudesse entender o que tornou possível a emergência de um movimento como antimanicomialista no Brasil. Minha intenção ao realizar esta breve compilação não era fazer qualquer análise hermenêutica do ponto de vista jurídico, mas para que pudesse analisar diacronicamente o momento de eclosão do movimento;

3) textos transcritos dos discursos produzidos pelos vários agentes participantes de sessões plenárias realizadas pela Câmara de Vereadores do Salvador, dos últimos quatro anos, isto é, 2000, 2001, 2002, 2003. Embora estas sessões venham acontecendo desde 1995, meu recorte se deu em função do início de minha pesquisa de campo, tendo eu decidido incluir apenas os textos das sessões nas quais estive presente, acompanhando os debates e as dinâmicas;

4) cartilhas diversas, relatórios, manuais etc., produzido por hospitais como o Juliano Moreira e outros serviços;

5) entrevistas não-estruturadas realizadas com os atores envolvidos nesse contexto. Entre estes encontram-se participantes do Movimento de Luta Antimanicomial; e

6) entrevistas também não-estruturadas com pessoas envolvidos com a gestão dos recursos e implantação de serviços de assistência à saúde mental na Bahia.

No que se refere aos dados relativos aos participantes do Movimento, foram entrevistados usuários-ativistas dos serviços e ativistas. Estes ativistas são caracterizados de dois modos: os “intelectuais orgânicos” e os profissionais de saúde mental que lidam com a problemática no seu dia a dia, que tem uma visão “de dentro”, por assim dizer.

O sentido que o conceito de “intelectuais orgânicos”, se refere àqueles que se debruçam sobre o movimento, de um ponto de vista teórico, a partir da prática política, tal como definido por Gramsci (1949). Desde o início do século XX, o sociólogo italiano enfatiza que “tudo é política”. Para Gramsci (1949) a principal diferença entre “intelectual orgânico” e o “intelectual tradicional” diz respeito justamente à dimensão prática política, teoricamente fundamentada. Para ele, é preciso politizar a teoria e teorizar os movimentos sociais, e esta é a prerrogativa do intelectual orgânico. Esta característica fica bem evidente no discurso dos ativistas do MLAM, que se auto-definem como “intelectuais orgânicos” e são reconhecidos pelos seus pares que ocupam outras posições, especialmente o papel de informar os intelectuais orgânicos sobre o cotidiano nas instituições terapêuticas.

Existe ainda outra diferença que ajuda a tornar este conceito mais claro. Trata-se da distinção entre intelectual politicamente engajado e intelectual orgânico. O primeiro desempenha um papel crítico das instituições sociais sem, contudo, assumir um discurso ou uma prática estritamente ligada a qualquer movimento ou setor específico. O

segundo, por sua vez, exerce a função de ativista e é considerado “orgânico” justamente porque sua atividade intelectual nasce da prática política ou vice-versa, isto é, seu ativismo nasce de suas preocupações teóricas. Foucault, por exemplo, pode ser definido como um intelectual politicamente engajado porque mantinha afinidade no plano das idéias com os movimentos de esquerda, mas não atuava diretamente em nenhum deles. O intelectual orgânico, por sua vez, tem compromisso teórico e político precisos com um setor específico da sociedade como ativista de movimentos sociais.

Em minha experiência de campo objetivei apreender os micro processos sócio-político-econômicos dos indivíduos no âmbito dos movimentos sociais em saúde, tendo como pano de fundo a noção de “cidadania”, fundamental para situar a sua forma de inserção no mundo. Tal dimensão, "subjativa", não é, entretanto, concebida como inerente, mas constituída nas relações cotidianas do indivíduo no âmbito das instituições e das arenas políticas.

Foucault argumenta que na sociedade contemporânea existe uma organização difusa denominada “poder biotécnico” (FOUCAULT, 1995). O biopoder é uma forma moderna de poder, caracterizada pela crescente organização e bem-estar da população, com vistas à otimização da força de trabalho e da produtividade (FOUCAULT, 1995). É possível entender o papel das instituições psiquiátricas como instâncias de manifestação do biopoder, que desenvolvem tratamento e assistência aos indivíduos com sofrimento mental atuando no sentido de ordenar a sociedade mais ampla através da segregação dos doentes. Por seu turno, o movimento antimanicomial atua no sentido de resistir à regulamentação do sofrimento mental, tal como se dá no âmbito do saber psiquiátrico, constituindo-se como um modo diferente e complementar de exercício do biopoder.

Em Salvador, hospitais tanto públicos como o Juliano Moreira e a Colônia Lopes Rodrigues, quanto privados como o Sanatório São Paulo, Bahia e o extinto Santa Mônica,

representam essas instâncias de controle sobre os portadores de sofrimentos mentais, sendo o contra-poder manifesto através do movimento da luta antimanicomial. Desde os primórdios, a instituição psiquiátrica revelou-se como um espaço de violência e arbitrariedade sobre a clientela que acolhia. Essa crítica acompanhou o desenvolvimento do campo de saber da Psiquiatria, vindo a estimular a emergência de movimentos críticos envolvendo profissionais de saúde mental e pacientes psiquiátricos. No final dos anos 1970, surge o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, “que ao lado da crítica ao Regime Militar, colocou ênfase na necessidade de transformações do modelo da assistência à Saúde Mental oferecida no País” (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, 1999).

Esse movimento reivindica novas formas de tratamento e atendimento em saúde mental, tendo como base um modelo não-manicomial, para que seja possível “garantir a dignidade e a liberdade dos usuários, com base nos seus direitos de cidadania” (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, 1999). Presente em todos os estados brasileiros, o movimento antimanicomial organiza-se como uma “rede solidária de Núcleos, Grupos e Pessoas” (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, 1999).

“A Legislação Psiquiátrica Brasileira vigente, baseia-se no Decreto Lei nº 24.599, de 03 de julho de 1934, o qual: Dispõe sobre a profilaxia mental, à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Defasada e antiquada, a mesma faculta o seqüestro manicomial de qualquer cidadão diagnosticado como portador de transtorno mental. Visando dar conseqüências legais, às suas propostas assistenciais e de defesa dos Direitos de Cidadania dos usuários dos serviços psiquiátricos, o Movimento Antimanicomial estabeleceu como uma das suas estratégias uma intervenção legislativa, que permitisse, através do parlamento, tornar legal a suas legítimas posições. Assim sendo, em 1989, apresentou através do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), o Projeto de Lei 3.657-A/89, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, prevendo a sua substituição por serviços alternativos, bem como defende os direitos dos usuários através da inclusão da Autoridade Judiciária como mediadora das internações involuntárias” (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, 1999).

Dessa forma, foram estabelecidos **direitos dos usuários** para construir uma cidadania mais plena. É assim que o portador de sofrimento mental é alçado da condição de “paciente” (institucionalizado) à situação de “usuário” (partidário do movimento de luta antimanicomial), que para eles têm o sentido de “pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental”. Sob esse prisma, percebe-se a expressão “seres humanos totais” como uma contraposição às práticas divisoras que classificam os indivíduos em “pacientes” e “sadios”, como prática subjetivadora dos sujeitos (FOUCAULT, 1995). O movimento tem como princípio e se organiza em torno das seguintes questões: 1) Direitos Sociais; 2) Características Gerais dos Serviços em Saúde Mental e Complementares; 3) Características dos Tratamentos em Saúde Mental; 4) Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental.

Analisada sob a ótica da “insubordinação” (FOUCAULT, 1995) a luta antimanicomial representa uma recusa ao poder institucional, constituindo-se num contra poder que visa a assegurar a integridade do indivíduo, resguardando, assim a sua liberdade de optar por um tratamento não excludente. Desse ponto de vista, poder-se-ia inferir que essa “insubordinação” constitui, de fato, uma negação do poder centralizador das instituições médicas e assistenciais sobre a doença e o doente, em última análise, a assunção de uma postura crítica à “instância de controle global” representada pelo Estado (FOUCAULT, 1995).

Para avaliar todo esse processo, fez-se necessário proceder a investigação e a análise das práticas sociais verificadas na instituição psiquiátrica, entre pacientes e agentes, como também entre os próprios sujeitos “insubordinados” envolvidos no contexto, assim como as formas de apropriação dos diferentes discursos e práticas relacionados ao sofrimento mental peculiares ao universo.

Destarte, com a finalidade de melhor compreender as questões suscitadas pela problemática, coube ainda formular as seguintes indagações: qual o tipo de cidadania que detêm os portadores de sofrimento mental tratados nesta pesquisa? Que princípios ou critérios nortearam e vêm norteando a elaboração das políticas públicas que conformam o conjunto de instituições que assistem e apóiam os portadores de sofrimento mental? Como são percebidas por seus usuários?

Para encontrar as respostas, optei pela utilização de métodos e técnicas de análise qualitativa, tais como observação participante e entrevistas semi-estruturadas gravadas em áudio. Iniciei o trabalho de campo contatando um ativista do NESM. Esse ativista dispunha de um rico acervo documental tais como relatórios dos encontros da luta antimanicomial, dossiês com recortes de jornais sobre a situação dos manicômios e matérias que envolvesse a “deficiência mental”, textos de legislações, relatórios de seminários de saúde mental, fotografias, panfletos, artigos científicos, relatórios avaliativos sobre instituições psiquiátricas aqui na Bahia. As relações de cordialidade oriundas do fato de outrora já ter participado do grupo de pesquisa do qual este estudo está vinculado, facilitou o meu acesso a este acervo particular.

Assim comecei ir sistematicamente à sua residência conhecer e organizar os documentos. Criei macro categorias para classificar o material do acervo e fui separando o que poderia me interessar. Nesta oportunidade aproveitei para ir lendo artigos, relatórios, matérias jornalísticas e me familiarizando com esta nova realidade. Durante a labuta com o arquivo, fazia alguns intervalos, mantendo algum diálogo com o ativista, fazendo deste objeto algo familiar. Deste modo, as questões se apresentaram gradualmente, no próprio transcurso dos encontros e entrevistas. De uma maneira resumida, interessei-me em identificar, compreender e analisar o papel dos diferentes atores sociais no contexto da luta antimanicomial. Coube, antes de tudo, definir cada um

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

deles e qual o seu papel nessa arena social e política de ação e de produção de discursos: são médicos, legisladores, psicólogos, advogados, assistentes sociais, pacientes, familiares e, especialmente usuários, gestores, sindicalistas e outros ativistas.

Realizei sete entrevistas semi-estruturadas, uma com estudante de psicologia ativista do MOUSM (Movimento de Usuários de Saúde Mental); uma com o professor do Departamento de Psicologia da UFBA; duas com psicólogo ativista do MLAM (Movimento da Luta Antimanicomial) e membro do Conselho Regional de Psicologia; uma com psiquiatra gestor estadual e membro da Comissão de Reforma Psiquiátrica; duas com usuário do sistema de saúde mental e ativista do MLAM.

A combinação das técnicas da observação participante com registro sistemático em caderno de campo, com entrevistas semi-estruturadas e análise documental mostrou-se apropriada para dar conta dos objetivos do estudo, uma vez que os dados produzidos evidenciaram a problemática levantada de maneira bastante fidedigna. O trabalho de campo conduzido de maneira sistemática e intensiva durante um período aproximadamente trinta e seis meses mostrou-se adequado para viabilizar a coleta dos dados e constituição do corpus etnográfico da pesquisa. Além das mencionadas fontes e formas de coleta de dados, tive participação ativa em todos os eventos (conferências, simpósios, plenárias, seminários, encontros) com temáticas relacionadas à saúde mental ocorridos entre os anos de 2000 e 2003. Portanto, assisti e gravei quatro Sessões Especiais da Luta Antimanicomial na Câmara dos Vereadores, em 2000, 2001, 2002, 2004. As sessões ocorreram a cada 18 de maio ou em datas próximas e estiveram presente representantes das instâncias implicadas no processo de Reforma Psiquiátrica local: MLAM; CRP; MOUSM; NESM (Núcleo de Estudos para Superação do Manicômio); Comissão de Direitos Humanos da OAB; Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa; CREMEB (Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia); Sindisaúde particular e

público; UFBA, reduzido número de parlamentares, alguns internos de instituição psiquiátrica, familiares, estudantes de psicologia, serviço social e direito.

O ano de 2001 foi especialmente importante. Durante este ano, referido como “o ciclo de conferências”, foram realizados encontros, seminários e plenárias preparatórias para a III Conferência Estadual de Saúde Mental, a conferência municipal, além do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. No mês de novembro deste ano foi realizada a III Conferência Estadual de Saúde Mental. Este evento foi fundamental para situar a discussão e desentendimentos institucionais reinantes no cenário local. Foi iniciada pela representante da Comissão de Reforma Psiquiátrica Nacional, que discorreu sobre as diretrizes centrais do SUS: descentralização em todos os níveis, integralidade e universalidade no atendimento e participação da comunidade e a implicação disto para a saúde mental. Em seguida foi a vez dos gestores locais exporem através de planilhas a situação de saúde mental do estado. Posteriormente houve a intervenção de técnicos da capital e interior, muitos deles duvidando dos números e situação apresentada pelo gestor estadual, ativistas do MLAM, MOUSM e NESM também fizeram coro com os técnicos e questionaram as informações prestadas pelos representantes do estado. Estavam presentes também representantes do Conselho Estadual de Saúde, do setor empresarial psiquiátrico falando sobre financiamento, especialistas em planejamento em saúde, psiquiatras, psicólogos, usuários e demais trabalhadores de saúde mental.

Outro evento foi a Conferência Municipal que contou com a presença de Representante da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, além da presença de gestores e técnicos municipais, MLAM, MOUSM, NESM, CRP, Comissão de Reforma Psiquiátrica local, SindiSaúde etc. Estive presente e gravei palestra na ABM que contou com a presença do Ministério Público, NESM, MLAM e demais atores implicados com a saúde mental. O último encontro que assisti e registrei foi o V Congresso de

Reabilitação Psicossocial, que contou com o relato de experiências de reabilitação social no Brasil e com a participação de membros internacionais. Ainda no final do ano de 2003, assisti à Jornada Bahiana de Psiquiatria e Saúde Mental e Encontro Brasileiro de Psiquiatria Social e Saúde Mental, concluindo a coleta de dados.

O pressuposto metodológico utilizado para análise das narrativas seguiu uma perspectiva interpretativa historicamente contextualizada. Essa perspectiva interpretativa não buscou o descortinamento de significados escondidos por trás de um discurso aparente. Ao contrário buscou relacionar as narrativas aos contextos sócio-históricos, na tentativa de entender os nexos existentes entre os micro e macro processos políticos no campo da saúde mental. Neste sentido, essa proposta de análise de dados é subsidiária dos estudos realizados por uma vertente histórico interpretativa (FLAMARION, 1997).

A análise das narrativas individuais realizadas neste estudo foi organizada como um conjunto de textos que permitiu construir um diálogo dos vários atores sociais envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica, de maneira a vir representar os seus posicionamentos no interior do campo. A opção por construir uma estratégia dialógica na análise das narrativas objetivou resguardar a sincronicidade típica da vida social.

As entrevistas com os diferentes informantes: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, usuários ativistas foram submetidas inicialmente a uma leitura exploratória, visando conhecer a lógica interna do discurso e posteriormente analisados e interpretados os seus discursos. A análise levou em consideração os diferentes níveis discursivos, para que a interpretação fosse dialógica, isto é, que desse conta das diferentes perspectivas dos atores, naquilo que se complementam, se contestam, se contradizem e se expressam. Todas estas narrativas públicas compuseram, juntamente

com as entrevistas individuais, meu acervo para análise dos conteúdos discursivos. O plano geral desta tese pode ser resumido no diagrama que se segue:

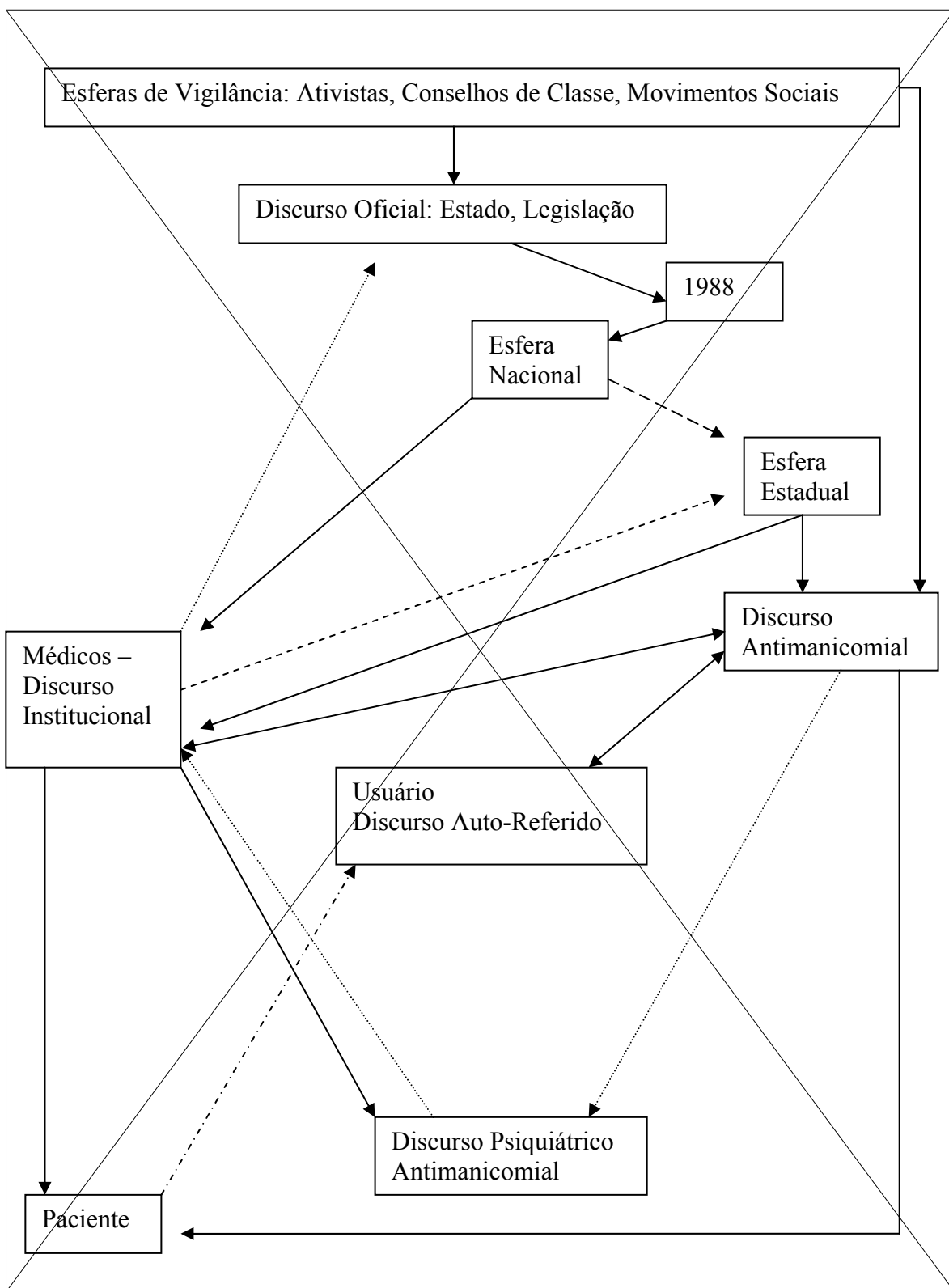


Diagrama de fluxos 1 Arena dialógica da Reforma Psiquiátrica / MLAM

O diagrama acima reproduz as relações dialógicas estabelecidas entre os vários discursos registrados, podendo ser tomado como ponto de partida para análise qualquer uma das categorias que se encontra identificada. Inicialmente tomo a categoria **paciente** para proceder a exploração. O discurso médico da psiquiatria tradicional delimita a experiência da pessoa que sofre a partir de categorias biomédicas, vinculando o sofrimento mental à idéia de doença. No diagrama, nota-se que além de estabelecer os parâmetros biomédicos que definem a experiência do paciente, o discurso médico institucional também se volta para a categoria “discurso oficial: estado, legislação”. As ações e políticas do Estado em saúde mental são pautadas por esta compreensão biomédica da loucura. Assim, as instruções normativas, portarias etc., parcialmente analisadas nesta tese, que determinam as terapêuticas apropriadas aos pacientes levam em consideração as representações e práticas psiquiátricas vigentes num determinado contexto histórico e político. Numa outra direção, observa-se a que a execução destas políticas do Estado em relação à loucura fica a cargo das instâncias estaduais. Nesse sentido, o discurso médico institucional influencia tanto a esfera nacional, quanto a estadual.

Durante os anos 1970, o país viu florescer um certo tipo de ativismo político voltado para o campo da saúde. A constituição de 1988 representa a consagração dos movimentos sociais que ganharam força na década anterior e oferece as condições de possibilidade para o fortalecimento de um discurso antimanicomial, amparado pelas críticas ao modelo psiquiátrico tradicional, que ganharam expressão desde os anos 1960. Este ativismo antimanicomial passa agora a ter amparo legal e alcança, além dos profissionais de saúde tradicionalmente envolvidos, os próprios pacientes dos serviços de saúde mental. O argumento central desta tese assenta-se nesta passagem da condição de paciente a usuário, onde o discurso deste último deixa de ser construído a partir do

discurso biomédico, mas através da experiência social. Ao mesmo tempo, observa-se uma seta de dupla via entre a categoria **Usuário** e a categoria **Discurso Antimanicomial**, pois, considera-se que a participação política do usuário no MLAM é o que oferece legitimidade ao próprio movimento e ao mesmo tempo tem um efeito terapêutico, forjando uma nova identidade estreitamente vinculada à atividade política. Os usuários, então, tornar-se-iam a partir desta passagem, sujeitos políticos no sentido atribuído por Foucault? Seria, então, o ativismo no MLAM um dispositivo de biopoder que não permite que estes sujeitos escapem desta identidade?

A idéia que o título da tese sugere é a de que todo o movimento se constrói a partir desta passagem, onde a condição de usuário é participativa e politicamente orientada. Por outro lado, também reflete uma das falas de um usuário que afirma que o MLAM fez emergir “um novo sujeito social”, fazendo com que “a pessoa que saiu do manicômio” tome parte numa luta, numa militância que lhe diz respeito diretamente. É essa militância que, ainda seguindo as idéias deste ativista, devolve a esta pessoa a cidadania que lhe foi seqüestrada. O ativismo e a participação política estão sintetizados numa conquista: a passagem da condição de paciente para a emergência como usuário. Pode-se dizer que este é o emblema maior da Luta Antimanicomial, uma das suas principais bandeiras de luta.

A questão básica que orientou a elaboração deste trabalho pode ser entendida a partir dessa relação entre paciente-institucionalização => usuário-institucionalização. As trajetórias desses pacientes que se envolveram no ativismo, alcançando à condição de usuários, mais que isso, ativistas, resumem, de certa forma, a história do MLAM. São pessoas que conheceram a institucionalização pelo lado de dentro e para quem o engajamento no MLAM representou a reconquista de um lugar para ocupar no mundo, fora do manicômio. As histórias de vida desses ativistas sintetizam assim parte da

história da psiquiatria, após a emergência dessas novas abordagens das quais a Luta Antimanicomial é o ponto chave. A reforma das práticas psiquiátricas constitui, desse modo, a conquista maior que torna este ativismo possível.

Ao considerar o usuário como o centro do diagrama, como o ponto central da rede é possível verificar quais são os discursos e os profissionais que se referem a ele. Qual a relação de rebatimento do discurso dessas diferentes formas de psiquiatria, de tratamento e de atenção em saúde mental em relação ao discurso dos usuários ativistas. Por outro lado, é também possível perceber como o ativismo representa a possibilidade de ressignificação existencial em função dessas novas abordagens políticas no campo da saúde mental.

Aqui, é possível estabelecer uma linha de trabalho similar a de Foucault (2000 [1973]), em *Eu Pierre Riviere...* obra basilar que relata o surgimento da psiquiatria jurídica a partir da história de um jovem camponês no interior da França, que no ano de 1835, degola a mãe, o irmão e a irmã. Já em *O Queijo e os Vermes*, Ginzburg (1987) traça uma história da inquisição na Idade Média a partir da vida de um moleiro que foi levado ao tribunal. A proposta teórica da Nova História defende a idéia de que é preciso ver a história a partir de baixo, isto é, através da vida de determinados indivíduos vinculados à história social, não somente através da história oficial dos grandes líderes e dos grandes feitos. Interessei-me em entender a experiência individual num determinado contexto e ao mesmo tempo tomar essa mesma experiência individual como um modelo, melhor dizendo, como algo que é reflexo e reflete essa relação do indivíduo com a sociedade; em outras palavras, a composição de “biografias históricas”, por assim dizer, que claramente estabelecem as relações entre o sujeito, a ação e a estrutura.

Nessa perspectiva da chamada Nova História e sua relação com a Antropologia, foi possível fazer essa ponte, isto é, a leitura das instituições através da vida dos

indivíduos, da experiência dos indivíduos. Em *Eu Pierre Rivière...*, Foucault (2000 [1973]) e os demais envolvidos no projeto traçam a história do nascimento da psiquiatria jurídica, emoldurada no contexto de convulsão social da França pós-Revolução Francesa: a penúria dos camponeses, a situação de caos, a transição - experiência muito marcante -, ao mesmo tempo em que mostra a relação entre o Estado e o papel do rei (que concede o indulto a Pierre Rivière), o esfacelamento da nobreza. Apenas um processo oferece todo um conjunto de análise: jurídica, psiquiátrica, econômica, política, histórica. Nesse sentido, creio que é possível fazer análise similar: entender o que mudou na psiquiatria, no tratamento aos loucos a partir da trajetória de pacientes que se tornaram usuários e mais que isso, militantes de uma luta pela melhoria das condições de atenção às pessoas que desenvolveram subjetividades radicais e diferenciadas da grande maioria das pessoas.

No primeiro plano da representação diagramada temos as Instituições Onipresentes, Instituições Ativistas que são as esferas de vigilância (Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia). São essas esferas que informam o MLAM, que lhe fornecem subsídios sociais e políticos. Em outras palavras, dão legitimidade. Ainda nesse campo, temos o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina; as divisões de saúde mental dos governos estaduais. Essas instâncias onipresentes, os conselhos, regulamentam as portarias, as instruções normativas, fazem as denúncias e traçam as diretrizes; é o que alimenta esse discurso antimanicomial.

O que é de grande relevância ser lembrado é que o MLAM surge no interior das instituições hospitalares, como uma forma de expressão da sociedade que começa a se organizar politicamente, em resposta à fase mais obscura da ditadura militar, no início dos anos 1970. É nesse mesmo período que outros movimentos de natureza semelhante

começam a ganhar fôlego no Brasil. Essas iniciativas de alguma maneira evidenciam que esse tipo de militância setorial era uma forma importante de expressão política, que permitia burlar a repressão do Estado autoritário. Esses movimentos não faziam oposição clara e direta ao regime político instaurado no Brasil desde 1964, mas se organizavam em torno de questões concretas, e por este motivo não sofreram a repressão de maneira mais direta - como é o caso do movimento de trabalhadores em saúde mental, que visava a melhoria nas condições de atendimento aos pacientes e de trabalho aos provedores de cuidados institucionais.

Paralelamente, foi iniciada a reforma da saúde pública, porque fazia parte de uma nova postura do estado que estava começando a se construir no Brasil. Um estado que tinha como característica ser centralizador devendo se ocupar da vida de seus cidadãos de maneira totalizadora. Esses movimentos começaram a despontar em setores paralelos na sociedade, como uma forma de expressão de uma vontade política que estava sendo reprimida pela ditadura. Contudo, não era uma militância política partidária direta, embora acabassem por tomar posições de esquerda, justamente porque o contexto lhe era favorável.

Desse modo, por se tratar de movimentos no campo da saúde, passavam relativamente despercebidos do aparato de repressão do estado autoritário. Por outro lado, os militares conseguiram incutir a crença de que ao invés de um golpe militar e a instauração de um regime ditatorial, estávamos vivendo um período revolucionário que veio nos trazer a democracia. Esta idéia era bastante difundida através da propaganda que atingia muitos setores da sociedade daquele período e levava a crer que não vivíamos uma ditadura que praticava a tortura e se apoiava na dura prática da repressão. Para que essa propaganda fosse aceita como verdade, era preciso manter as aparências, isto é, era preciso mostrar que havia oposição ao regime e liberdade de expressão

política; daí decorre a importância de fazer vista grossa aos movimentos que se organizavam em setores específicos da sociedade, bem como permitir que uma oposição, representada no MDB (Movimento Democrático Brasileiro), único partido que fazia oposição à ARENA (Aliança Renovadora Nacional), continuasse a exercer suas atividades políticas. Afinal, somente os regimes ditatoriais e totalitários não permitem a expressão das posições divergentes e calam qualquer crítica ao poder soberano, sendo, portanto, preciso manter a “fachada” de que vivíamos um momento de milagre econômico e democracia plena.

Como disse anteriormente, essa propaganda que punha um disfarce democrático num regime ditatorial e tratava um golpe de estado como uma revolução, acalentava os anseios de amplos setores da sociedade, mas deixava outros bastante descontentes. O regime de exceção do Brasil dos anos 1970, tal como o define Agamben² (1998) produziu um tipo particular de militância: jovens médicos, estudantes de medicina, assistentes sociais, enfermeiros, responderam a esta repressão camuflada, tomando parte em movimentos políticos, encobertos pelo campo da saúde que garantiam um espaço de expressão política que chamava menos atenção. Por se tratar de movimentos no campo da saúde, contavam com a simpatia da sociedade organizada e, muito provavelmente dos militares.

Ao lado da ambiência política do período, deve-se também pensar na peculiaridade da psiquiatria como um campo relativamente marginal dentro dos saberes biomédicos. Somente após o advento da psiquiatria biológica essa marginalidade vai ser relativizada, porque a psiquiatria lida com uma esfera do humano que é extremamente difícil de ser alcançada, que é a psiqué e o campo das emoções. Apesar da psiquiatria ter sido a primeira especialidade reconhecida no campo da biomedicina, à medida que a

² Agamben define a exceção com a suspensão da regra para confirmá-la através de sua aparente negação. Nesse caso, a exceção constitui algo que ultrapassa e acrescenta algo maior à ordem legal, ao invés de lhe negar a validação. É um complemento, um acréscimo à ordem legal.

medicina foi se tornando cada vez mais biotecnológica, centrada nos diagnósticos técnicos, exames, laboratórios e medições, a psiquiatria foi paulatinamente sendo colocada numa posição marginal. Isso se deve à peculiaridade desse campo de saber que lida com essa coisa etérea que é a idéia de mente (GEERTZ, 1989).

Por outro lado, essa relativa marginalidade da psiquiatria no campo da biomedicina ajuda a entender porque muitos psiquiatras são críticos da psiquiatria baseada num modelo hospitalocêntrico. O hospital geral trata de doenças que podem ser claramente diagnosticadas e submetidas a tratamento, tendo a idéia de cura como horizonte e a remissão dos sintomas perseguido pelos profissionais que aí atuam, o hospital psiquiátrico isola, mas não cura, representando a sentença de morte para muitas pessoas. E aqui está se falando da morte social, que passa a ser a sombra que acompanha as pessoas que adentram os muros das instituições.

Assim é que o discurso antimanicomial vai manter uma relação de oposição ao discurso institucional (seta dupla face no Diagrama 1), ao mesmo tempo em que é informado por este através de sua negação, isto é, da negação do discurso e das práticas biomédicas tradicionais. O discurso antimanicomial vai contrapor-se a esse discurso através das ações sobre os pacientes. De um modo ou de outro, todas essas instituições e discursos vão estar disputando hegemonia sobre o paciente. Aqui uma outra instância onipresente que vai alterar significativamente a instância do estado é a Legislação Federal, a Câmara dos Deputados, que por sua vez teve seu discurso informado pelos movimentos sociais, porque o deputado Paulo Delgado propõe um projeto de lei que representa uma demanda da sociedade.

Assim o discurso oficial do estado que se refere ao paciente se expressa através das portarias, resoluções, da obediência às leis maiores, entrando em choque com o discurso antimanicomial tendo como referência o paciente. Por outro lado, o discurso do

paciente reflete essa correlação de forças entre o Estado e as instituições onipresentes (esferas de vigilância do ponto de vista da sociedade – ativistas, que por sua vez informam o discurso antimanicomial). Num dado momento existia maior concordância, coerência, entre o discurso oficial do Estado e o discurso médico oficial em relação ao paciente. A partir de 1988 há uma ruptura mais clara do que já havia começado a se inscrever no cenário desde os anos 1970. A lei Paulo Delgado tem um efeito modificador da assistência psiquiátrica desde antes da sua aprovação (AMARANTE, 2000).

A partir de 1989, o discurso oficial do ponto de vista da nação mudou na direção da desinstitucionalização da prática psiquiátrica, tendo como marco a tramitação do projeto de Lei Paulo Delgado (1989-2001). No plano nacional, a emergência desse projeto de lei favoreceu o fortalecimento do discurso dos conselhos Federal e Regionais de Psicologia (aqui tomadas como instâncias onipresentes e esferas de vigilância que alimentam o discurso e as ações do Movimento de Luta Antimanicomial). Contudo, o discurso que vinha sendo gerado no plano nacional, não encontrou eco no contexto local. As ações do estado baiano não eram pautadas pelo discurso mais amplo, posto que estavam vinculadas às instituições médicas que caminhavam numa direção contrária a qualquer tipo de reforma, no que se refere à atenção em saúde mental; isto é, enquanto no Brasil a tendência era questionar a eficácia dos manicômios, na Bahia, estas instituições estavam sendo resguardadas da onda de reformas que varreu o Brasil após o fim da ditadura militar e abertura política. Em outras palavras, enquanto no plano nacional o discurso antimanicomial ganhou força, no plano local foi esvaziado, porque o estado legitimava exclusivamente a prática psiquiátrica institucional.

Caberia, então, informar que são estes os formadores desse discurso institucional que predomina na Bahia: a Associação de Hospitais do Estado da Bahia (ASHEB), a

Universidade (no que se refere à uma determinada linha de pensamento) e os gestores que se imiscuem entre o discurso intelectual acadêmico e o discurso do estado. São estes discursos que orientam as ações em torno das relações entre o estado e os pacientes.

A figura do *paciente ativista* surge exatamente neste contexto, deixando de ser simplesmente um *paciente* para conquistar uma nova condição de *usuário*. Esse paciente vai questionar e problematizar o papel de meros sujeitos manipulados que dão legitimidade final ao discurso institucional. Ao emergir como ativista, usuário, esse paciente se afasta da esfera institucional médica e estatal no plano local, alinhando-se aos movimentos sociais mais amplos, baseados no discurso antimanicomial. É possível, portanto, afirmar que é esse movimento que favorece a emergência do paciente como usuário e ativista, um espaço para consolidação da cidadania de sujeitos que durante décadas foram excluídos pela sociedade, o que se reflete na figura jurídica da inimputabilidade. É justamente por isso que a análise da biografia de usuários ativistas serve como modelo, pois é possível acompanhar através dessa trajetória os passos dessas mudanças.

Como se pode ver no Diagrama 1, por força maior gerada pelas instâncias mais globais, a partir de 1988 (aqui tomado como um marco oficial da consolidação dos movimentos iniciados na década anterior), o discurso antimanicomial começou a deixar de ser exclusivo de um setor específico da sociedade (os profissionais ativistas, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares), para ser encampado como um discurso do Estado brasileiro. Esse usuário representado no Diagrama 1 é o emblema da virada dos ventos em outra direção. As verbas federais destinadas aos hospitais psiquiátricos passam por contingenciamento, para limitar a instalação de novos leitos, o que, em tese, obrigaria a diminuir o tempo de internação: controle do estado pelo Estado, através da

imposição de nova prática psiquiátrica. Nota-se que a partir do final dos anos 1990 ocorre um movimento de migração desse discurso médico que agora começa a assumir as ações da psiquiatria antimanicomial. Essa tendência vai se tornando mais forte após a aprovação da Lei Paulo Delgado, no ano de 2001.

O discurso antimanicomial vai agir no sentido de informar o paciente, fazendo-o assumir a posição de usuário. É essa nova tomada de posição que serve como combustível para fortalecer o movimento antimanicomial no plano estadual. Observa-se assim, uma relação de fluxo contínuo entre um lado e outro, o que resulta numa alteração de postura do discurso institucional médico do estado da Bahia, na direção do MLAM. Isso pode ser traduzido em termos financeiros, na medida em que as verbas destinadas para leitos hospitalares são drasticamente reduzidas, sendo necessário os encontrar em outras fontes de receitas. É assim que o discurso antimanicomial vai ser pouco a pouco incorporado ao discurso institucional, desta vez na forma de serviços alternativos de atenção, a exemplo de CAPS, NAPS e ambulatórios. Assim, o antigo aparato institucional vai sendo modificado, enquanto os ativistas do MLAM passam a se organizar numa espécie de *parlamento*, pois não têm poder de executar, mas podem exercer pressão para que as novas políticas sejam implementadas.

Plano da tese

Início esta tese fazendo uma breve descrição dos capítulos que a constitui. O capítulo I traça o percurso histórico da legislação psiquiátrica brasileira, no sentido de construir uma diacronia que possibilite compreender o momento presente. Em seu subitem trata das discussões e critérios que inspiraram o projeto de lei de Reforma Psiquiátrica estadual. O capítulo II trata da produção de saberes construídos através de

pesquisas científicas, sobre a loucura e assistência psiquiátrica tentando estabelecer um nexo entre estes estudos. São temas que têm produzido vasta bibliografia, inúmeros debates, congressos e afins, o que faz ampliar a produção de estudos científicos no campo da saúde mental. O capítulo III discute uma certa noção de cidadania no MLAM, como um dispositivo que informa o modo de ser dos indivíduos em nossa cultura e a sua relação com a saúde mental. Este capítulo está dividido em dois sub-itens; o primeiro é uma breve revisão teórica acerca das noções de cidadania e sujeitos políticos; e o segundo sub-item traz a experiência de um ex-paciente de instituição psiquiátrica que “readquire” (mesmo que parcialmente) sua cidadania, a partir de seu ativismo político no MLAM. O capítulo IV apresenta uma leitura analítica das narrativas contidas nas sessões plenárias da câmara dos vereadores comemorativas da luta antimanicomial de 2000 a 2003; narrativas das diferentes instâncias presentes nas conferências estadual e municipal de saúde mental; e a montagem de um diálogo entre diferentes facções desta arena: gestores, ativistas do MLAM (Movimento de Luta Antimanicomial), NESM (Núcleo de Estudos em Saúde Mental), MOUSM (Movimento de Usuários em Saúde Mental), GESAM (Grupo de Estudos em Saúde Mental) e demais entidades representantes da sociedade civil. Por fim uma pequena conclusão onde retomo os aspectos principais de cada capítulo que respondem as questões fundamentais deste estudo.

I - Loucura X Saúde Mental: terapêuticas legais

O objetivo do presente capítulo é traçar o percurso histórico da legislação psiquiátrica brasileira, no sentido de entender as mudanças ocorridas nessa legislação ao longo da sua existência. É possível afirmar que no Brasil, sempre houve uma estreita ligação entre instituição médica, hospitalar e psiquiátrica (MEDEIROS, 1992). A instituição hospitalar assentou-se desde cedo como espaço para doentes e abrigo para os desvalidos, ou seja, como um projeto de cunho social. Daí se explicar o porquê de muitos dos hospitais Santa Casas surgirem mesmo antes de haver médicos (MEDEIROS, 1992). Esse período compreendia do século XVI ao século XVII chegando ainda ao século XVIII. O antigo hospital enquanto espaço de caridade e de alguns cuidados com enfermos, ainda não incluía a loucura como um mal a ser tratado. Segundo Juliano Moreira (MEDEIROS, 1992), os loucos eram tratados de acordo com a situação econômica deles. Os ricos tranqüilos eram tratados em casa ou enviados para a Europa, quando agitados eram contidos em algum cômodo da casa. Os pobres tranqüilos vagavam pelas ruas das cidades e aldeias ou pelo campo, sendo alvo do escárnio das crianças e recebendo cuidados da solidariedade pública; quando agitados eram trancados em cadeias sob tratamentos tão desumanos que muitos chegavam a falecer (JULIANO MOREIRA apud MEDEIROS, 1992).

A vinda da família real para o Brasil, detonou uma onda de desenvolvimento das cidades que implicou em um maior ordenamento e controle social. Deste modo o estado passou a ocupar-se com as questões que estavam inviabilizando esse ordenamento, imprescindível para o crescimento das cidades (AMARANTE, 1994). Seguindo essa tendência, em 1830 foi realizado um diagnóstico sobre a situação dos loucos nas cidades, passando a partir daí a serem classificados como doentes mentais, merecedores

de locais e tratamentos específicos (AMARANTE, 1994). Todavia a psiquiatria surge formalmente no Brasil através de um decreto datado de 18 de julho de 1841, quando foi fundado o primeiro hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício Dom Pedro II. Na verdade o hospital foi instalado em uma casa situada dentro do terreno onde estava sendo construído o Hospício Dom Pedro II. Apesar de aprovado no ano de 1841, somente em 1852, onze anos mais tarde, é que através de um outro decreto haverá a aprovação e execução dos estatutos do Hospício Dom Pedro II, coincidindo com a inauguração do prédio que o abrigaria. Antes disso o que havia era uma enfermaria para insanos na Santa Casa de Misericórdia, ali instalada no ano de 1817. A instituição psiquiátrica se estabelece no Brasil antes mesmo de haver psiquiatras, pois o ensino da psiquiatria, independente da medicina legal, só é instituído no Brasil em 1883 (MEDEIROS, 1992). Todavia entre os anos de 1841 e 1883, cerca de onze instituições psiquiátricas foram inaugurados no Brasil (RESENDE, 1987).

Desde a criação do Hospício Pedro II até a Proclamação da República, as instituições psiquiátricas sofreram duras críticas por parte do corpo médico. O setor médico reivindicou a autoridade institucional sobre o tratamento da loucura, para eles o hospício tinha de ser medicalizado, a fim de alcançar a cientificidade e o respeito público (AMARANTE, 1994). Durante o ano de 1890, mais três decretos irão regulamentar o sistema de atendimento aos alienados. O primeiro deles, de janeiro de 1890, desanexa do Hospital Santa Casa da Misericórdia do Hospício de Pedro II que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. No mês seguinte, outro decreto aprova as instruções que se referem ao decreto anterior e cria a Assistência Médico-Legal a Alienados. No mês de junho do mesmo ano, um outro decreto irá aprovar o regulamento para a Assistência Médico-Legal a Alienados. Em setembro, outro decreto cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros, e

Enfermeiras e no último mês desse ano outro decreto irá criar um Museu Anátomo-Patológico, nesse mesmo hospital de alienados. Além disso, foram criadas as duas primeiras colônias para alienados no estado do Rio de Janeiro. Todas essas medidas buscaram a modernização da psiquiatria, condizente com a nova ordem republicana. Pode-se afirmar que essa foi a primeira reforma psiquiátrica realizada no Brasil, tendo o modelo europeu de colônias como inspiração.

Dois anos depois, junho de 1892, um decreto consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal a Alienados. No mês de dezembro desse mesmo ano, outro decreto regulamenta a Secretaria de Justiça e Negócios Interiores. Em 1893 um decreto do mês de outubro reorganiza o serviço da Assistência Médico-Legal a Alienados. Em 1897, um decreto do mês de fevereiro dá novo Regulamento para a Assistência Médico-Legal a Alienados. Em 1899, um decreto do mês de março reorganiza a Assistência a Alienados.

Pode-se dizer o século XIX encerra a fase pré-científica da psiquiatria brasileira. Em fins desse século, a partir dos anos 80, a psiquiatria brasileira inicia sua fase de cientificidade capitaneada pela laicização da instituição psiquiátrica e disputas entre os saberes médicos de inspiração francesa e germânica. O primeiro decreto aprovado no século XX foi o de dezembro de 1903 que reorganiza a Assistência a Alienados, é importante atentar que aí é iniciada a gestão do então egresso da Europa Dr. Juliano Moreira, que dará continuidade à criação de asilos e reorganização dos já existentes até o ano de 1930 (AMARANTE, 1994). Em 1911, um decreto do mês de julho irá novamente reorganizar a assistência a alienados e nesse mesmo ano será criada na cidade do Rio de Janeiro a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, para mulheres indigentes (AMARANTE, 1994).

A década de 1920 assiste a intensa proliferação das instituições psiquiátricas nos principais centros urbanos brasileiros, fenômeno esse que acompanha o desenvolvimento e adensamento urbano. Essa psiquiatria “busca legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapolando os limites asilares, construindo um saber psiquiátrico preventivo, ao qual se vincula o surgimento da psiquiatria infantil” (SCHECTMAN, 1992, p.85). Em 1921 foi aprovado através de decreto o regulamento do Manicômio Judiciário. Em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, foi o casamento evidente entre a psiquiatria e o Estado. Essa é a época do pleno higienismo brasileiro, marcado eminentemente pela preocupação com a intervenção preventiva junto a família e a criança (SCHECTMAN, 1992, p.87). Em 1927, um decreto de janeiro regulamentou a reorganização da assistência a psicopatas na cidade do Rio de Janeiro, capital do Brasil nessa época. A execução desses serviços foi oficializada no mês de maio desse mesmo ano, através de outro decreto.

Todo esse pensamento higienista brasileiro tinha como referência a Liga Brasileira de Higiene Mental, que se incumbirá de divulgar e tentar estabelecer cientificamente teses de cunho eminentemente eugênicas, daí se explicar o porquê da grande atenção às crianças e aos cuidados pré-matrimoniais e pré-natais. (SCHECTMAN, 1992, p.88). O higienismo se baseia no princípio de que é necessário educar a população dentro dos parâmetros ideológicos, sendo o principal alvo as mulheres mães, pois são elas as responsáveis pela educação e formação dos primeiros hábitos das crianças (SCHECTMAN, 1992).

Os anos 1930 foram marcados pelo grande entusiasmo com as novas tecnologias de tratamento mental, levando a crer que a psiquiatria havia descoberto a cura para as doenças mentais. Trata-se da descoberta dos choques insulínicos e cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, técnicas que substituíram os antigos e nada

eficientes tratamentos até então existentes (AMARANTE, 1994). Em dezembro de 1930, dois decretos dispuseram primeiramente sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e o outro desliga do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, repartições que passam a ser subordinadas ao Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Observa-se um processo de intensa racionalização na gerência das políticas públicas em saúde e uma redistribuição desses saberes e práticas no sentido de colocar totalmente sob a responsabilidade da Saúde Pública todos os fatos oriundos da loucura, inclusive os crimes cometidos por doentes mentais. Deste modo, em meados do ano subsequente, através de decreto, foi estabelecida a transferência do Manicômio Judiciário com as respectivas dotações orçamentais, do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o Ministério da Educação e Saúde Pública. Caberá à Saúde Pública o cuidado com qualquer tipo de desvio mental, mesmo os que cometem atos mais graves no que diz respeito ao rompimento do contrato social. Ainda no ano de 1931, mês de outubro outro decreto irá modificar o Departamento Nacional de Assistência Pública, passando os respectivos serviços a constituir uma Diretoria do Departamento Nacional de Saúde Pública. Entretanto em 30 de dezembro de 1931, um decreto desliga do Departamento Nacional de Saúde Pública a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário. Essa é a fase da introdução da psiquiatria social no Brasil, marcada principalmente pela criação de ambulatórios em serviço público e de uma escola para deficientes mentais, é importante ressaltar que essa nova fase inaugura um interesse especial pela psicologia e pela sociologia (MEDEIROS, 1992).

De acordo com a vertente higienista o grande foco de atenção é a educação e a saúde. A higiene mental deveria ser estabelecida desde cedo para a população, deste modo seria a escola o grande aparelho divulgador dessa nova ordem social. Seguindo

essas diretrizes higiênicas-preventivistas é que a disciplina Psicologia passa a fazer parte das Escolas Normais. Em 1932, no Rio de Janeiro, então distrito federal, é instalado um Gabinete de Psicologia Aplicada para atender alunos das escolas públicas com o objetivo de classificá-los em padrões de sub e super normalidade (SCHECTMAN, 1992). Foi também de 1932 a inauguração da primeira Clínica de Eufrenia, para atendimento de crianças em idade escolar com o objetivo de realizar exames preventivos no que diz respeito à saúde mental (SCHECTMAN, 1992). Em 1934 um decreto do mês de julho, dispõe sobre a profilaxia mental, além de abordar a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, decidindo ainda sobre a fiscalização dos serviços psiquiátricos, foi esta lei que regulou a assistência em saúde mental até o ano de 2001. Dando continuidade ao processo de intensa racionalização do Estado é que no ano de 1937 uma nova lei disporá sobre as bases de uma nova organização para o Ministério da Educação e Saúde Pública. A psiquiatria brasileira dessa época é claramente defensora da tutela técnica estatal, seguindo o padrão autoritário da psiquiatria internacional.

Os anos 1940 são inaugurados por uma psiquiatria poderosa e numericamente significativa em seu asilamento. Entre abril de 1941 e novembro de 1944, aconteceram três Decretos-Lei que decidiram primeiramente pela reorganização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde; o segundo Decreto-Lei de setembro de 1942 reorganizou a Escola Profissional de Enfermeiros que havia sido criada pelo Decreto n.º 791, de 27/09/1890; e o terceiro Decreto-Lei de novembro de 1944, decidiu pela criação do Centro Psiquiátrico Nacional extinguindo o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora no Ministério da Educação e Saúde. Ainda no ano de 1944, mês de novembro, foi decretada a aprovação do Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do

Ministério da Educação e Saúde. Ainda nessa mesma década, agosto de 1949, um Decreto-Legislativo (Senado Federal), registra termo aditivo ao contrato do Ministério da Educação e Saúde para início à construção do pavilhão destinado a adolescentes do sexo masculino na Colônia Juliano Moreira. Durante essa década há todo um investimento tecnológico e de instalações nos hospitais psiquiátricos principalmente no sentido de prepará-los para as cirurgias de lobotomia. Segundo periodização estabelecida por Amarante (1995) o surgimento da psiquiatria brasileira no Século XIX até meados da década de 1940 é denominado de Trajetória Higienista. Esse período é marcado pela medicalização da sociedade, emergindo a psiquiatria como um potente instrumento de saber-poder. A prática psiquiátrica surge como um instrumento disciplinador e organizador da nova ordem social e política, estabelecendo critérios normativos de conduta social a partir de classificações nosológicas da psiquiatria.

A partir do pós-guerra até os dias atuais Amarante (1995) denomina de Trajetória da Saúde Mental. Essa trajetória emerge com o advento de novas modalidades terapêuticas como as experiências socioterápicas, as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventivo-comunitária constituindo um novo objeto, a saúde mental, que ultrapassa a simples terapêutica e prevenção das doenças mentais. Essa é também a década que surgem os neurolépticos, fortalecendo assim o processo de psiquiatrização. Embora seja posterior às experiências socioterápicas e comunitárias, o uso dos neurolépticos origina uma postura nem sempre ‘tecnicamente orientada’ sofrendo pressões da indústria farmacêutica (AMARANTE, 1994).

Durante o ano de 1951, foram estabelecidos três Decretos-Legislativos, que incidirão sobre a execução de obras a serem realizadas no pavilhão de adolescentes do sexo feminino da Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. No ano de 1952, outros

decretos-legislativos mantiveram a recusa ao Ministério da Educação e Saúde para obras complementares na Colônia Juliano Moreira, acordando a decisão do Tribunal de Contas da União. Depois de uma acirrada disputa, o Decreto-Legislativo de maio de 1953 aprovou contrato celebrado do Ministério da Educação e Saúde para execução de obras na Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro.

Outro marco importante para a psiquiatria brasileira foi a criação do Ministério da Saúde, em julho de 1953 e a aprovação do seu regulamento em novembro desse mesmo ano. No mês de março do ano de 1955 foi autorizado, por meio de Decreto-Legislativo, o prosseguimento e conclusão das obras do pavilhão de Biotério da Colônia Juliano Moreira. Em setembro desse ano, outro decreto denominou de Heitor Carrilho o Manicômio Judiciário do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Em maio de 1956, o Senado Federal autoriza o Poder Executivo a abrir, pelo Ministério da Saúde, os créditos especiais para auxiliar o custeio das despesas com a realização do II Congresso Internacional de Alergia, do VI Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Esse é um marco importante, pois foi quando começou a intensificar a produção de conhecimento sobre a prática psiquiátrica brasileira. É importante ressaltar que a década de 1950 viu surgir inúmeras experiências de reformas psiquiátricas em várias partes do mundo, dentre estas as comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, antipsiquiatria, psiquiatria democrática. Entretanto no Brasil todas essas experiências não passaram de iniciativas marginais ou locais. A bem da verdade, a assistência psiquiátrica continuou sendo prestada exclusivamente por estruturas manicomiais (AMARANTE, 1994).

Entre os anos 1960 e 1970 houve um processo de privatização da oferta de serviços de saúde de um modo geral, que não deixou de fora a saúde mental. Cem mil

novos leitos foram criados, sob remuneração do setor, acrescidos de aproximadamente vinte mil leitos controlados diretamente pelo estado. Paralelamente observa-se a instauração de uma crise no modelo da psiquiatria aqui vigente. Em agosto de 1961, uma portaria constitui um grupo de trabalho para elaborar o Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos. Esse momento da história da psiquiatria brasileira é também marcado pelo Decreto de fevereiro de 1967 (Senado Federal), quando ficou instituído pelo Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental. É possível afirmar que a crise no modelo psiquiátrico brasileiro, verificada a partir dos anos 1960, deve-se em grande medida à extrema mercantilização da assistência, melhor dizendo, o hospital psiquiátrico foi transformado em um empreendimento econômico bastante peculiar e rentável, conhecido como a lucrativa “indústria da loucura”. Os dados econômicos da época mostram que a psiquiatria até a virada do século XXI é a segunda especialidade médica com maior investimento de recursos financeiros por parte do estado brasileiro.

Com a assunção do governo militar em 1964 e durante a década de 1970, o Brasil contrariou a tendência dos movimentos internacionais de desospitalização na assistência psiquiátrica, investindo maciçamente na rede privada através da abertura de novos leitos e ampliação das unidades conveniadas. Apesar de haver investido na assistência ao doente mental indigente (RESENDE, 1990) e na ampliação da cobertura aos trabalhadores e seus familiares, a rede ambulatorial ainda era bastante precária e não dava conta de atender às demandas crescentes por hospitalização. A partir de 1965 até o início dos anos 1970, a maioria das internações era na rede privada, aumentando de 14.000 em 1965 para 30.000 no final de 1970.

A década de 1960 também assistiu à emergência de uma psiquiatria de base psicanalítica que teve como prerrogativa a implantação das comunidades terapêuticas. A

portaria de setembro de 1966 estabeleceu novos parâmetros para dotações orçamentárias destinadas aos Estados para manutenção de estabelecimentos psiquiátricos e setores de praxiterapia. Em 1968, surgiu no Rio de Janeiro a primeira comunidade terapêutica coordenada por psicanalista. Para a psiquiatria da época a aproximação com a psicanálise kleiniana, suscita a possibilidade de maior aproximação entre o psiquiatra e o doente. Todavia para os psicólogos resta a insatisfação de ver-se submetidos à autoridade do psiquiatra dentro das instituições, além de verem vedado o acesso à categoria de psicanalistas (FIGUEIREDO, 1992). A emergência das comunidades terapêuticas funcionou, por um lado, como reformadora da psiquiatria que aqui se praticava, por outro, abriu caminho para o acesso de psicólogos ao campo da psicopatologia clínica (FIGUEIREDO, 1992).

Na década de 1970 o Brasil experimentou um governo ditatorial militar, que levou a censura por toda parte, sendo severamente reprimido e coibido, muitas vezes, qualquer tipo de associativismo. O contexto brasileiro no campo da saúde mental já apresentava lutas setoriais contra o regime manicomial, denúncias de violências a doentes mentais e experiências com inspiração na comunidade terapêutica, na psicoterapia institucional, na psiquiatria de setor e na psiquiatria comunitária (BEZERRA, 1994). Contraditoriamente, quando no mundo cresciam as propostas de desospitalização e reestruturação da assistência psiquiátrica, o Brasil vivenciava um período ditatorial e aumentava a contratação de leitos privados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, estimulando o desenvolvimento de um amplo parque manicomial. Nessa época, o modelo clínico foi impulsionado pela industrialização, particularmente pelo crescimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Este foi o contexto que antecedeu uma série de transformações nas práticas psiquiátricas, pautadas no paradigma da reforma, implementadas já nos anos Oitenta.

No campo legislativo, o ano de 1970 foi marcado por portarias que tratam da reorganização administrativa do Ministério da Saúde, como por exemplo a criação da Divisão Nacional de Saúde Mental; e da aprovação de Regimentos da Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde e da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Em 1971 uma portaria autorizou à Divisão de Saúde Mental o subestabelecimento do Centro Psiquiátrico Pedro II e do Hospital Pinel, fortalecendo desse modo essa instância administrativa. Em 1972, outra portaria designou uma comissão para análise da classificação internacional com vistas a sugerir adaptações à realidade psiquiátrica brasileira. Em 1973 uma portaria instituiu no Centro Psiquiátrico Pedro II a Divisão Nacional de Saúde Mental e o Museu de Imagens do Inconsciente. Entre 1974 e 1976, dois decretos dispõem sobre a estrutura básica e organização do Ministério da Saúde. Em 1978 uma portaria de janeiro, modificou o nível hierárquico do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho no âmbito do Ministério da Saúde.

A Trajetória da Saúde Mental (AMARANTE, 1995), subdivide-se em seu primeiro momento em Trajetória Alternativa, que marca o início da reforma e data de fins dos anos 1970. Entre 1976 e 1978 surgiu e se consolidou como movimentos sociais críticos em saúde, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e o REME (Movimento de Renovação Médica) que viabilizaram as bases políticas da reforma sanitária e psiquiátrica. Esses dois movimentos configuraram-se em espaços privilegiados para gestação de um projeto de democratização para o setor saúde, atentando para um repensar crítico sobre o ensino e pesquisa em saúde coletiva e formação de recursos humanos (ROCHA, 2000). É no seio das discussões engendradas por estes movimentos que surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que desempenhou o papel de denúncia e acusações tanto do atual sistema político como das torturas, corrupções e fraudes que ocorriam no sistema nacional de assistência

psiquiátrica. Foi a partir dessa conjuntura que se iniciou um pensamento crítico sobre a função e natureza das práticas médica e psiquiátrica no Brasil. Em 1978 foram constituídos pequenos núcleos do MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental) nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais que ganharam força e expressão a partir do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Ainda de acordo com a diacronia de Amarante (1995), a partir dos primeiros anos da década de 1980 teve início a Trajetória Sanitarista. Essa trajetória foi marcada pela forte institucionalização e assunção de uma postura menos crítica no campo da saúde. Acreditava-se que a administração e o planejamento em saúde seriam capazes de resolver de vez os problemas das coletividades. No entanto, a despeito das adversidades estruturais e políticas presentes nesse cenário do início da década de 1980, a rede psiquiátrica pública demonstrou capacidade para propor e sustentar novas formas de atendimento em saúde mental, que considerassem os direitos e a liberdade dos pacientes. Desde 1973, toda a política pública em saúde não vinha fazendo outra coisa senão “disciplinar” e “controlar” a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impossibilitando a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Este foi o momento magno da co-gestão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, que tinha se consolidado através do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. O ano de 1980 viu implementada, através de resolução do mês de maio e portaria interministerial do mês de novembro respectivamente, um grupo de trabalho para reorganização e reformulação administrativa de unidades psiquiátricas do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro; e o estabelecimento da co-gestão administrativa do Centro Psiquiátrico Pedro II, pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social. Em 1981 uma portaria e duas resoluções (abril e maio) trataram sobre o repasse de verbas,

aprovação de despesas, competência administrativa e cotas de participação entre ministérios, para diversas instituições psiquiátricas no país. No ano de 1982 uma portaria do mês de novembro tratou da unificação administrativa de estabelecimentos em sistema de co-gestão, anteriormente aprovados nos anos de 1980 e 1981. Em 1985, mais três resoluções regulamentaram os valores da participação do Ministério da Saúde no custeio de hospitais, tanto para os que se encontravam em sistema de co-gestão, quanto para os que ainda não se encontravam nesse sistema de co-gestão. As duas resoluções do ano de 1987 (maio e agosto) definiram valores de participação entre o Ministério da Ação e Previdência Social, Instituição Nacional de Assistência Social e Ministério da Saúde acerca do custeio das unidades do próprio Ministério da Saúde.

O ano de 1987 foi justamente aquele que antecedeu o processo da Constituinte e que foi subsequente à mobilização em torno da VIII Conferência Nacional de Saúde. Assim, este período constituiu-se em um tempo histórico caracterizado pela crise econômica e a redução de investimentos públicos em políticas sociais, bem como, pelo crescimento da mobilização em prol da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica

No extremo da organicidade entre o Estado e a Reforma Sanitária, houve participação de entidades da sociedade civil na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Como desdobramento desta conferência, realizou-se em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marcou o fim da Trajetória Sanitarista. O ano de 1987 foi um marco para a história da Reforma Psiquiátrica brasileira porque foi realizada neste ano a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), no Rio de Janeiro, que se constituiu em importante fórum de discussão situando a saúde mental na luta de classes, questionou o modelo psiquiátrico vigente e propôs a substituição dos leitos psiquiátricos por leitos em hospitais gerais públicos e/ou serviços alternativos.

O contexto político em saúde foi de uma acirrada disputa entre o MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental) e o CONASP (Conselho Nacional de Saúde Pública) apoiado pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) pelo controle do campo da saúde mental. Algumas inovações foram implementadas no campo político da saúde mental, destacando-se a redistribuição das vagas de delegados entre representantes de órgãos públicos e membros da sociedade civil. É nesse contexto que o movimento de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares ganhou maior atenção, pois apesar dessas associações já existirem, não tinham visibilidade sócio-política.

Nesse contexto surgiu, em meados dos anos 1980, o Movimento de Luta Antimanicomial como decorrência de um processo mais amplo de crítica à situação de atendimento em saúde mental no Brasil, sendo inspirado em movimentos internacionais, a exemplo da experiência de Trieste (BASAGLIA, 1985). Esse movimento trouxe uma crítica contundente aos inúmeros processos de reforma das instituições psiquiátricas que visavam promover somente pequenas mudanças e inovações na racionalidade administrativa.

Entre os anos de 1988 e 1989 três portarias dispuseram sobre: a investigação de problemas administrativos e legais em uma instituição psiquiátrica pública; estabeleceu como Centro de Referência do Ministério da Saúde dois centros neuro-cirúrgicos da Universidade de São Paulo; e constituiu comitê assessor para revisar a legislação psiquiátrica a fim de elaborar projeto de lei para o Congresso Nacional.

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei N° 3.657/89, que versava sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços assistenciais, além de estabelecer novos parâmetros para a regulação das internações psiquiátricas compulsórias. Essa lei viria substituir a antiga lei

psiquiátrica constante do Decreto No 24.559, de 3 de julho de 1934. A apresentação dessa proposta é subsidiária da crítica à ineficácia terapêutica do hospital psiquiátrico especializado e da análise da relação custo-benefício dessas instituições, ou seja, os males decorrentes da internação psiquiátrica (iatrogenia, cronificação etc), mostraram-se superiores aos benefícios que pudessem trazer.

Era consenso entre políticos vanguardistas e profissionais da saúde partidários da reforma psiquiátrica, que a falência do sistema psiquiátrico hospitalocêntrico era algo irreversível. Afirmavam que seria possível substituir o manicômio por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. Tomaram a experiência italiana como referencial de exeqüibilidade e eficácia para a desmanicomialização da sociedade brasileira. Assentaram seus argumentos sobre a necessidade de uma legislação que limitasse o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico, essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

Esse projeto de lei foi considerado um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira. O texto do projeto versava, principalmente, sobre a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos em todo território nacional e a criação de novos leitos naqueles existentes, enfatizando maior investimento na ambulatorização e em serviços abertos. Segundo essa proposta de lei, as secretarias estaduais constituiriam um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, com representantes dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, do poder público, da ordem dos advogados e da comunidade científica, com a função de acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao fim.

Além da proposta desinstitucionalizante, essa proposta de lei abordava também a questão da “internação psiquiátrica compulsória”. Por “internação psiquiátrica

compulsória”, entende-se aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor sua caracterização enquanto tal.

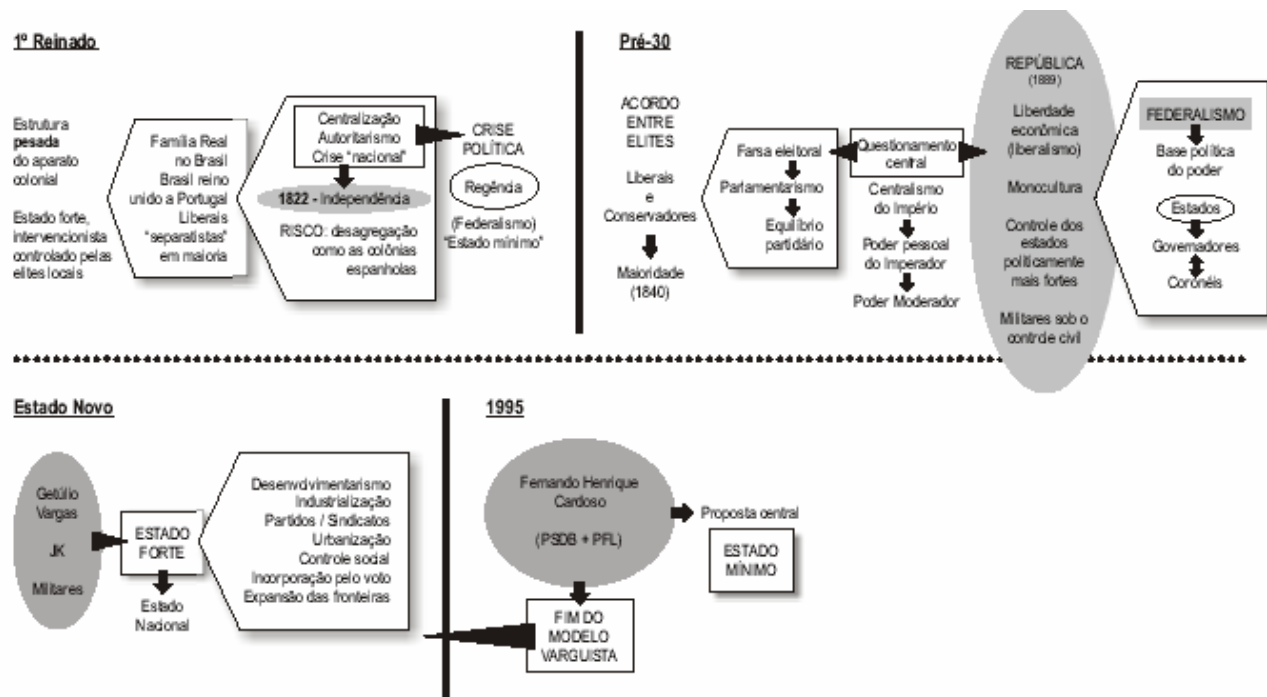
Diversamente ao que professam os setores contrários à desinstitucionalização, a lei de reforma tem “caráter gradualista”, ou seja, visa construir racional e gradualmente um novo dispositivo de atenção, com o fim de prevenir qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura. A matriz ideológica que norteou essa proposição de lei aponta claramente para a idéia de liberdade e cidadania do portador de transtornos mentais, fim da psiquiatria manicomial e substituição paulatina por um tipo de assistência mais condizente com a lógica dos direitos humanos e cidadania. No Brasil da cidadania menos regulada, as maiorias absolutas das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes.

O terceiro momento é denominado por Amarante (1995) de Trajetória Antiinstitucional ou Desconstrução/Invenção, marcando pela realização da I CNSM (liminaridade que marcou o início desta trajetória e o fim da anterior). Durante esse Congresso decidiu-se pela realização do II CNTSM (Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental) quando foi construído o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’. Durante esta trajetória o movimento pela reforma psiquiátrica reencontrou suas origens e se distanciou do movimento pela reforma sanitária ao qual se havia vinculado organicamente durante o período anterior. A nova tática encontrada pelo movimento de reforma psiquiátrica foi a necessária desinstitucionalização→ desconstrução → construção “no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, foi preciso transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades” (AMARANTE, 1995, p.94). O aspecto mais marcante dessa última fase

foi a participação, efetiva no processo de reforma, de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

Com a abertura política, fim do regime militar e a promulgação da constituição de 1988, a sociedade brasileira passou a experimentar novo modelo de estado. A reinstalação do regime democrático permitiu a emergência e consolidação dos movimentos sociais e organizações políticas e ao mesmo tempo, inaugurou um período claramente influenciado pela perspectiva neo-liberal. Durante os anos 1990, observou-se o retraimento nos investimentos públicos até nos setores infra-estruturais como a saúde, a despeito da implantação do SUS representar um marco importante na democratização do acesso aos serviços de saúde. É importante, contudo, notar que para se alcançar o que preconiza seu estatuto, baseado nos parâmetros da universalidade no acesso, equidade e integralidade na prestação do serviço, o estado não fez investimentos suficientes para atender à demanda criada por este novo modelo. É como se o Estado estivesse cada vez mais ausente e descomprometido com a oferta e garantia de saúde pública para os cidadãos, contrariando assim as normas e os ideais preconizados na Constituição de 1988.

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial



O esquema acima³ representa um quadro sinótico da passagem de um modelo de estado para o outro, a partir do primeiro reinado, concluindo com a era Fernando Henrique Cardoso. Este marca o fim de uma política do estado que intervinha diretamente na economia, exercendo forte controle social. O Milagre Brasileiro dos militares representou o apogeu desta política iniciada por Getúlio Vargas, seguida por Juscelino Kubistchek. Com Fernando Henrique, o país experimenta a saída do estado de setores importantes da economia. Nesta concepção minimalista, no que se refere ao setor saúde, vale a tão conhecida lei da oferta e procura preconizada pelos fisiocratas ingleses, como o elemento que iria estabelecer a regulação do acesso aos serviços, aliado à organização do setor da medicina de grupo e regulamentação dos planos de saúde. A responsabilidade do Estado incidiria somente sobre a parcela da população que não conseguisse garantir a sua saúde pelas vias do mercado.

³ Esquema baseado em análises de Raymundo Faoro, elaborado por Alex Teixeira, consultado em http://www.professoralex.pop.com.br/download/Formacao_estado_brasileiro.PDF

A contrapartida que a sociedade civil apresentou foi a organização dos indivíduos em torno de movimentos reivindicatórios que objetivaram a garantia de um sistema de saúde mais solidário, que não fosse pautado por uma lógica excludente. A mobilização pela Reforma Sanitária e a luta pela Reforma Psiquiátrica foram exemplos marcantes desta tendência, retomando aspectos importantes que vinham sendo discutidos desde os anos 1970. Alguns setores contrários a estes movimentos afirmam se tratar de iniciativas corporativas e segmentadas de pequenos grupos sociais. Todavia, é inegável que a emergência destes movimentos sociais abriu espaço para outros modos de participação e construção de novos sujeitos políticos. A organização dos poderes em uma sociedade através dos movimentos sociais, quase nunca apresenta a coerência idealizada pelo imaginário popular que provavelmente é informado por determinadas vertentes de teorias sociológicas. Ao contrário apresentam sempre em seu bojo incoerências e posturas muitas vezes conflitantes no interior do próprio “grupo”, essa diversidade de micro-objetivos é característica marcante ao longo da história dos movimentos sociais (TEIXEIRA, 1997).

Pode-se dizer que a década de 1990 foi fértil na quantidade e qualidade de legislações apresentadas e aprovadas, que deram prosseguimento ao processo reformista brasileiro. Logo em 1990 houve a aprovação da lei nº 8.080, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei veio afirmar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, além de ampliar a abrangência do conceito de saúde estabelecendo fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. É da alçada da saúde

também as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No final do ano de 1990, foi assinada a lei n 8142 que referiu especialmente à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estabeleceu também a Conferência e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas. Essa lei foi mais um avanço em direção a uma política de maior participação comunitária na gestão da saúde, condizente com o momento político pelo qual atravessava a sociedade brasileira (maior organização da sociedade civil, luta pelos direitos humanos e cidadania).

Em 1991, foram editadas duas portarias, a primeira do mês de novembro, considerou como necessidades primordiais à melhoria da qualidade da atenção as pessoas portadoras de transtornos mentais. Estabeleceu que devia ser levada em consideração a diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e também a compatibilização dos procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo assistencial proposto. O foco principal era a qualidade de atendimento ao usuário. Todavia a portaria de dezembro tratou somente da aprovação de valores dos procedimentos psiquiátricos.

A portaria de janeiro de 1992 estabeleceu como diretrizes a organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Esta portaria enfatizou acima de tudo a participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. Além disso estabeleceu as normas para o atendimento ambulatorial em saúde mental nas Unidades Básicas, nos Centros de Saúde e Ambulatório e definiu os Núcleos de Atenção Psicossocial e Centros de Atenção Psicossocial como serviços alternativos a

serem implantados. Como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório tem-se o Hospital-Dia, além de estabelecer que os serviços de urgência psiquiátrica em prontos socorros gerais devem funcionar diariamente. Estabeleceu normas para garantir a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internos em hospitais que prestam atendimento em psiquiatria, tais como a proibição das celas fortes e a violação da correspondência dos pacientes internados. Tornou obrigatório o registro de todos e quaisquer procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes.

No ano de 1993 foram editadas duas portarias estabelecendo maior controle do número de pacientes. Através delas foi criado o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar; autorizou, a partir de uma determinada data, a inclusão na tabela do SIH-SUS, do Grupo 63.001.04-5 - Internação em Psiquiatria em Hospital. A Resolução de dezembro de 1993, instituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das Resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O ano de 1994 foi o mais fértil em propostas de lei, só de portarias foram cinco e mais quatro resoluções. As portarias determinaram que somente os hospitais autorizados para realização dos procedimentos contidos em grupos específicos (63.100.03-7, 63.100.04-5, 85.100.03-0), poderiam efetuar cobrança através da autorização de internação hospitalar complementar (AIH-Longa Permanência); e designou membros para compor Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Designou a nomeação de técnicos para compor grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). As Resoluções trataram de estabelecer, primeiramente, o caráter de permanência do CNS; a aprovação do Regimento Interno da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e ampliação de participantes, além de

sugerir aos Estados e Municípios a criação das Comissões Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica.

Entre os anos 1995 e 1999 foram editadas algumas portarias e resoluções sem grandes impactos no processo de reforma psiquiátrica. Uma das duas portarias de 1995 retificava alguns itens de portarias anteriores, a outra estabelecia que internações de pacientes em estado grave somente ocorreriam em hospitais psiquiátricos que se adequassem às exigências desta Portaria e mediante avaliação por equipe técnica. O ano de 1996 teve somente uma portaria no mês de janeiro com objetivo de alterar um item de uma portaria do ano anterior. Em 1997 uma resolução de fevereiro aprovou o Plano de Trabalho da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde, para o período de 1996 a 1998 e uma portaria subdelegou competência aos Diretores do Instituto de Traumatologia e Ortopedia do INCA, do Instituto Phillippe Pinel, do Hospital Raphael de Paula Souza e do centro Psiquiátrico Pedro II para praticarem ações necessárias ao desempenho de suas atribuições. Em 1998 uma lei de julho, transformou a Colônia Juliano Moreira em Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

O ano 2000 foi inaugurado com uma portaria do mês de fevereiro, que clamou pela urgência no processo de “reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”. Enfatizou a importância de uma “assistência integral e eficaz em saúde mental para a **reabilitação psicossocial**”. Além de clamar por um tratamento mais humanizado no âmbito do SUS.

A portaria chamou atenção para a necessidade de implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos. Para cumprir tal determinação o estado criou Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de

Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Os Serviços Residenciais Terapêuticos, são descritos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares. Alguns critérios deverão ser utilizados na seleção dos pacientes que irão morar nesses lares. Esses critérios dizem respeito ao fato de estarem internados há muito tempo, terem perdido o contato com as famílias, mas apresentarem condições de sobrevivência. Espera-se que haja uma convivência “familiar” entre esses pacientes com a supervisão de uma equipe multidisciplinar.

Outra portaria ainda do mês de fevereiro de 2000, considerou o preconizado no art. 4º da Lei nº 8142/90; na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96; na Portaria GM nº 1.077, de 24/8/99; e na Deliberação CIBE nº40/99, de 29/11/99, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia, que qualificou o Estado da Bahia a receber os recursos financeiros relativos ao Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, e publicou os respectivos valores do repasse federal e da contrapartida mínima estadual.

A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia providenciou a aquisição e distribuição de medicamentos básicos para o tratamento de transtornos mentais, integrantes do elenco de medicamentos constantes da relação pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, aos municípios sob qualquer forma de gestão, que disponham de rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental, em valores equivalentes aos recursos federais recebidos e à contrapartida estadual.

A portaria 19 de julho de 2000 confirmou a vinculação do Brasil desde 1990 à Declaração de Caracas. Segundo o pacto estabelecido naquela ocasião, os países signatários desse acordo comprometem-se a desenvolver esforços no sentido de superar

o modelo hospitalocêntrico como referência para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. As internações psiquiátricas em hospitais especializados em psiquiatria devem ocorrer, somente, naqueles casos em que foram esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, dando continuidade e suporte ao processo de reforma psiquiátrico em curso aqui no Brasil.

Após doze anos em tramitação, a 27 de março de 2001, aconteceu a aprovação do projeto de lei n 3.657 de 1989, de autoria de Paulo Delgado. Sua redação final dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

A lei estabeleceu que em todos os atendimentos em saúde mental, a pessoa alvo do tratamento, bem como seus familiares deverão ser notificados dos direitos da pessoa com transtornos mentais. A pessoa com transtorno mental tem direito a tratamento humanamente digno e de acordo com suas necessidades, atentando para que não haja afastamento do núcleo familiar, nem de trabalho, nem da comunidade onde vive. Ela deverá ser protegida contra qualquer tipo de abuso e exploração, deverá ter garantia de sigilo nas informações prestadas e livre acesso aos meios de comunicação disponíveis.

Segundo a nova legislação, que foi condizente com os princípios da constituição de 1988, o Estado é o responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde, direcionadas aos que sofrem com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

prestada em unidades de saúde mental, assim entendida as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos indivíduos com transtornos mentais.

Determinou que a internação deve ser considerada como o último recurso e só deverá acontecer quando todos os outros recursos extra-hospitalares não se fizerem suficiente. Nesse caso, o tratamento deve ter como parâmetro a reinserção social do indivíduo em seu meio. Proibiu a internação de pacientes em instituições que ainda mantenham características asilares e não respeitem esses direitos.

A lei trata especificamente das internações involuntárias estabelecendo critérios que ofereçam maior cuidado e controle quanto às arbitrariedades passíveis de ocorrer nesses casos. Estabeleceu o compromisso e respeito no cuidado com o paciente, devendo a família ou responsável legal ser imediatamente comunicado. Essa lei também regulamentou as pesquisas com pacientes, além de criar a comissão nacional para acompanhar sua implementação.

Em 06 de abril de 2001, a lei n.º 010216 de 06 de abril de 2001 (Senado Federal), dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em Saúde Mental (Lei Antimanicomial).

Em dezembro de 2003 o Ministério da Saúde iniciou o pagamento dos primeiros auxílios-reabilitação psicossocial para cerca de duzentos pacientes com transtornos mentais. O benefício, no valor R\$ 240 mensais, é o principal componente do Programa *De volta para casa*, instituído em julho, e tem como objetivo ajudar no processo de ressocialização desses pacientes.

1.1. A Reforma Psiquiátrica na legislação baiana

Entidades profissionais como o Conselho de Psicologia, os movimentos sociais, representados pelo Movimento Antimanicomial e as suas dezenas de Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e seus familiares; a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina têm sido responsáveis pelas denúncias de ineficácia, alto custo, violação de direitos humanos e exclusão social ocasionados pelo modelo manicomial.

Essas denúncias foram gradativamente encampadas e incorporadas ao discurso oposicionista de alguns políticos, membros da Assembléia Legislativa da Bahia e Câmara de Vereadores do Salvador. As flagrantes injustiças sociais ainda vigentes, a violência e exclusão de grupos sociais, especificamente os que sofrem transtornos mentais têm sensibilizado a opinião pública e viabilizado a emergência de propostas legislativas concernentes aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica. As entidades implicadas nesta arena defendem a necessidade de criar leis reforçadoras da cidadania e de transformação da assistência psiquiátrica.

Os indivíduos com transtornos mentais formam um grupo claramente penalizado pelo tratamento desumano dispensado pela nossa sociedade. A partir dos anos 1980, toda a discussão sobre direitos humanos e cidadania trouxe a baila a situação do doente mental, discussão que ganhou dimensão nacional e provocou calorosos debates. Paralelamente, essas discussões ocorreram também nos planos estaduais e municipais. Foi com objetivo de propor uma lei condizente à realidade local que o estado da Bahia, através de seus legisladores, tomou parte oficialmente na arena das novas políticas públicas em Saúde Mental.

Em concordância com o plano nacional, os antimanicomialistas locais defendem a obrigatoriedade da mudança na legislação que regula a assistência ao doente mental. Para tanto apresentaram um projeto de lei de Reforma Psiquiátrica condizente com o arcabouço jurídico-legal e necessidades específicas ao estado da Bahia. A categoria discursiva “modernidade” está presente nas falas dos parlamentares baianos, no sentido de uma inclusão do Estado que originou psiquiatras ilustres como Juliano Moreira, “na rota histórica da modernidade”, representada pela aprovação e implantação de políticas desinstitucionalizantes, tal como outros estados da união que já aprovaram suas leis estaduais.

Apesar da Bahia ter iniciado sua participação nas críticas ao modelo manicomial desde a década de 1970, somente em 1994 foi apresentada uma proposta de reorganização do sistema psiquiátrico local por um parlamentar opositor. Logo no primeiro artigo ficou estabelecido que o poder público local deveria garantir e implementar a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a inserção social plena das pessoas portadoras de sofrimento mental, sem discriminação de qualquer ordem que venha por ventura impedir ou dificultar o usuário desses direitos.

De acordo com o projeto de lei, é de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Conselhos Estadual e Municipais de Saúde envidar os esforços para que os serviços alternativos sejam implementados. Isso implica na organização de ambulatórios, implantação de serviços de emergência psiquiátrica, tanto em prontos-socorros gerais, quanto em centros de referência. Além disso, prevê a implantação de leitos ou unidades de internação psiquiátrica em Hospitais-Gerais; atendimento em Hospita-Dia e Hospital-Noite. Incluiu ainda a criação de centros de referência em saúde mental, centros de convivência, lares e pensões protegidas. Essas medidas visavam

assegurar a reinserção social do portador de sofrimento mental na esfera familiar e comunitária.

Condizente com a proposta de lei nacional, o projeto de lei de reforma psiquiátrica estadual proíbe o uso de celas-fortes, camisas-de-força, psicocirurgias, além de dispor sobre o uso de medicação nos tratamentos psiquiátricos nos estabelecimentos de saúde mental. Este projeto de lei proibiu também a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e similares, públicos ou privados e a contratação e financiamento pelo setor público de novos leitos nestes estabelecimentos. A segregação dos indivíduos com transtornos mentais nos estabelecimentos educacionais, públicos ou privados, foi igualmente proibido. Sempre que possível o acesso destas pessoas à educação deverá ocorrer em classes comuns, isso válido para todas as faixas etárias.

Assim como a lei federal, a proposta de lei estadual estabeleceu a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico, depois de findadas todas as outras possibilidades terapêuticas. Caso a internação se faça necessária, deverá ser breve com vistas a evitar danos como afastamento do meio social em que o indivíduo vive. Regulamentou a internação comum, de menores e a internação compulsória, exigindo toda uma série de controle e cuidados. Estabeleceu como obrigatória a auditoria anual dos estabelecimentos de saúde mental, assim como obrigatoriedade de tomar providências em caso da apuração de irregularidades.

O projeto da lei estadual defendeu a opinião que a autonomia social das pessoas com transtorno mental depende da regularização da situação previdenciária, da assessoria na administração de seus bens, da garantia de um salário mínimo mensal àqueles indivíduos que não tenham possibilidades de assumir a responsabilidade pela própria manutenção. Entretanto para os indivíduos que não se situem nessa categoria, deveria ser feita a reinserção produtiva formal ou cooperativa, bem como a inserção no

processo educacional formal. Além disso, o texto da lei propõe o amparo, através de políticas sociais intersetoriais, aos pacientes crônicos oriundos de instituições asilares, sem vínculos familiares e despreparo para reinserção na sociedade. Para pacientes crônicos e desprovidos de vínculos familiares a desinstitucionalização passará pela criação de lares abrigados ou similares.

O texto da lei abriu o precedente para a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas locais e regionais, obrigou a existência de serviços de atendimento para pacientes que padeçam de sofrimento psíquico, quando da construção de hospitais gerais no Estado. Responsabilizou todos os estabelecimentos públicos ou privados, seus profissionais e demais trabalhadores, pelo cumprimento da legislação, e as Secretarias e Administrações de Saúde Estadual e Municipais, pela garantia de execução desta lei, dando plenos poderes de fiscalização e coibição de abusos por parte de instituições prestadoras de serviços e profissionais de saúde.

Até o momento de finalização deste trabalho este projeto de lei nunca havia sido submetido à apreciação em plenária.

II – A produção do saber sobre Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica

Loucura e assistência psiquiátrica são temas que têm produzido vasta bibliografia, inúmeros debates, congressos e afins, o que faz ampliar a produção de estudos científicos no campo da saúde mental. Destacam-se os estudos na área médica para classificação nosográfica, experimentos de drogas e outras terapêuticas, análises históricas sobre a loucura e a instituição psiquiátrica, estudos interdisciplinares etc. Deste modo, vi-me forçada a estabelecer um recorte que convergisse para a temática que é abordada nesta tese, da reforma psiquiátrica. Este recorte não obedeceu a regras quanto à temporalidade, a exemplo de inúmeras compilações bibliográficas que estabelecem períodos da história para selecionar a produção. Para realizar essa reflexão sobre a produção científica dentro deste campo, elegi um viés, tanto nacional quanto internacional, que abordasse as questões referentes à instituição psiquiátrica e os diferentes processos de reforma ocorridos ao longo do tempo, além das análises sobre as tendências ideológicas dentro deste campo. Mas não poderia deixar de comentar, mesmo que apressadamente, a produção no campo da saúde mental, a que especialmente faz interface com as ciências sociais.

Já data de algumas décadas a preocupação de estudiosos sobre a necessidade de uma reformulação do sistema de assistência ao portador de transtornos mentais. Todavia, vale ressaltar que as discussões que se travam em torno desse campo não refletem univocidade de idéias. As principais discordâncias dizem respeito às diferenças de ethos profissionais e/ou sociais dos sujeitos que transitam por essa arena e sobretudo ao tipo de mudanças que devem ser realizadas. Algumas discussões referem-se a legislações vigentes e a leis que tramitam nas diferentes instâncias do Estado. Questionam os atuais modelos de assistência ao doente mental e propõem novos modos

de pensar e fazer em saúde mental. Para os objetivos do presente trabalho, estabelecemos uma classificação quanto à produção, tanto do ponto de vista teórico estrito senso, quanto a análise de experiências práticas, avaliação de serviços, relatos auto-biográficos, análise das políticas públicas.

Dentre os estudos de natureza teórica, Foucault (1961,1987[1961]) pode ser considerado o fundador de uma discursividade, segundo sua própria definição em “o que é um autor?” (2000 [1969]), porque abriu caminho para novas discussões sobre a prática psiquiátrica, numa perspectiva histórica. É possível afirmar que Em Doença Mental e Psicologia (1961), Foucault tem um discurso próximo ao da antipsiquiatria. Em A História da Loucura (1987 [1961]) cuidou de reconstruir a história dos saberes e práticas sobre a loucura, considerando a organização da sociedade a partir de uma racionalidade que refletia as novas relações de trabalho, produção de saberes-poderes, constituição histórica das práticas de intervenção médica que reduziram o fenômeno da loucura à doença mental. Inicialmente, História da Loucura (1987 [1961]) não tem alguma dimensão política, dimensão esta que ganhará a partir a partir dos movimentos de 1968 na Europa, especificamente na França. Tanto A História da Loucura (1987 [1961]) quanto Vigiar e Punir (1987 [1975]) e História da Sexualidade (1988 [1976]), possibilitarão entender a psiquiatria como um dispositivo de saber/poder da modernidade que marca definitivamente o pensamento crítico moderno.

Cooper (1989[1967]), a partir de uma perspectiva crítica, se propõe a realizar uma revisão do conceito de “alienação mental”. Esta revisão será feita a partir da análise de casos e dos diagnósticos realizados por psiquiatras. Cooper afirma que, durante o século XX, a psiquiatria se tornou um saber instrumental voltado para atender as demandas da sociedade que lhe dá suporte (1989[1967]). Na mesma linha estão os trabalhos de Szasz (1977 [1970]), que centra sua crítica sobre a idéia clássica de doença

mental como algo meramente fisiológico e afirma que este tipo de doença implica questões existenciais, que se constroem na relação entre o indivíduo e o meio social. Para Szasz há uma clara relação de dominação no que ele chama de “ideologia da saúde mental”. Se a doença mental está situada na relação entre o indivíduo e a sociedade, logicamente que há uma certa responsabilidade da sociedade para com o adoecimento mental dos indivíduos. Neste sentido, o discurso psiquiátrico sobre a loucura centrada no sujeito, seria um escamoteador dos problemas sociais e legitimador da ideologia dominante. Nesta obra o autor aborda “a relação entre ideologia e insanidade, enquanto refletida na teoria e prática psiquiátricas” (SZASZ, 1977[1970])

Em *Manicômios, Prisões e Conventos* Goffman (1990 [1974]) desenvolveu o conceito de *instituição total*, contribuindo para a reflexão crítica acerca dos manicômios. Por “instituição total” entende-se o local onde as pessoas convivem por algum tempo (asilos e manicômios, neste caso), compartilhando o espaço, o trabalho, os afazeres cotidianos, as regras administrativas, enfim internalizando as normas da instituição. A partir da análise da estruturação do eu do internado, o autor empreende um estudo sociológico que possibilitará a reflexão sobre a instituição psiquiátrica enquanto elemento de degeneração do indivíduo que sofre de transtornos mentais.

Em *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, Castel (1978) critica os saberes e práticas psiquiátricas emergentes e considera o espaço institucional, os procedimentos de classificação, arranjos nosográficos das doenças mentais e de elaboração das bases do tratamento moral como aspectos importantes para se entender a complexidade do saber psiquiátrico. Já em *A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à psicanálise* (CASTEL, 1987) ele analisa a emergência de movimentos de reforma no campo da psiquiatria. A obra enfoca a constituição dos saberes e práticas psiquiátricas, desde a época em que o hospício passa a ser um instrumento de consolidação da

psiquiatria como um dispositivo de ordenação da vida social, baseado numa nova ideologia médica que toma o enclausuramento como uma resposta às exigências econômicas, políticas e sociais impostas pela modernidade. Esta prática nada mais é que a execução de verdadeira eugenia social que classifica os sujeitos de acordo com a sua capacidade ou potencial produtivo requerido pela sociedade capitalista. Nesse sentido, o hospício, que na idade clássica era tão somente uma hospedaria, representa uma espécie de refugio do que não passa pelo controle de qualidade das instituições que compõem a instância reguladora da vida e da ordem.

Essa relação entre o alienismo e os mecanismos ordenadores da vida social foi comum em vários países. De modo semelhante, os questionamentos sobre essa relação, às vezes pouco sutil entre o alienismo/psiquiatria e a normatização que impõe um determinado modelo de sociedade e cidadão começa a emergir e houve certa tendência a se espalhar por diferentes países. Na Itália, por exemplo, a partir dos anos 1960, Basaglia (1991) reúne vasto material sobre a experiência em seu país como parte do primeiro questionamento da internação manicomial como tratamento legítimo e necessário. Barros (1994) estudou a desinstitucionalização em Trieste a partir das contribuições da tradição basagliana. A experiência italiana exerceu grande influência nos processos ocorridos no Brasil.

Num estudo publicado em 1991, Rotelli estabelece relação entre a Lei da reforma psiquiátrica italiana e formas políticas de exclusão de cidadãos das classes sociais mais baixas. Através dessa lei houve proibição de qualquer tipo de internação em hospital psiquiátrico, prevendo ainda a instalação de serviços comunitários. Ele mostra que no caso específico da Itália, o aparato médico da psiquiatria manicomial prestava-se muito mais a questões políticas que terapêuticas. Mas não somente a Itália aderiu ao movimento de desospitalização, optando por serviços comunitários. Outros

países da Europa (a exemplo de França, Inglaterra, Alemanha entre outros) que seguiram a mesma tendência não obtiveram êxito semelhante ao alcançado pela Itália.

O autor chama atenção que a lei italiana foi considerada como letra morta durante dez anos após sua aprovação, ponderando que para entender o caso brasileiro, à luz da experiência italiana, apenas a letra da lei não é suficiente para alterar os modos de pensar e praticar a psiquiatria. Desse ponto de vista, é possível compreender porque em nosso país a lei Paulo Delgado que instituiu a Reforma Psiquiátrica levou doze anos em processo de tramitação. Durante este tempo o assunto ganhou visibilidade na opinião pública, fazendo com que se começasse a incutir em nossa racionalidade e nosso imaginário social um lugar para a pessoa que sofre de problemas de ordem psiquiátrica, como sendo um lugar diferente daquele que era pensado até então como a única alternativa. A despeito dos prejuízos para as pessoas que estavam encarceradas nos manicômios e submetidas aos tratamentos hoje considerados desumanos, os doze anos de tramitação da lei podem ter sido necessários para se estabelecer novos parâmetros de pensamento e de ação em relação a esta realidade que, como sabemos, não pode ser mudada por força de decretos. Além dos fatores de ordem política e econômica abordados pela legislação, é preciso tocar os corações e mentes para que a sociedade internalize um modo diferente de pensar a loucura, não mais como algo a ser excluído da sociedade, através do encarceramento do louco.

O exemplo estadunidense também importa mencionar. Nos EUA, a desospitalização visava desonerar o Estado e, em consequência dessa política, não foram criados serviços comunitários para atendimento dos usuários dos antigos hospitais psiquiátricos, produzindo o fenômeno “os loucos na rua”. A lógica que norteou a reforma norte-americana pautou-se somente na racionalidade econômica, não atentando para questões sociais mais amplas, pois a racionalização de custos não pode

ser a única a nortear as reformas em qualquer país, mesmo porque alguns estudiosos têm mostrado que, a longo prazo, os custos dos serviços alternativos poderão ser mais altos que os do tratamento hospitalar tradicional.

Analisando o contexto brasileiro, entendo que as mudanças ocorridas foram influenciadas pelos movimentos internacionais. O processo ainda é lento; até o momento não se constituiu uma rede de serviços de saúde mental alternativos capazes de atender às demandas dos portadores de sofrimento psíquico, para compensar ou substituir os leitos hospitalares que foram extintos. Embora existam, esses serviços são insuficientes, tanto em quantidade quanto em eficácia. Além disso, ainda não é possível suprimir totalmente a lógica manicomial, principalmente porque esta ainda é a lógica vigente e que predomina no imaginário das pessoas. O dito popular “lugar de louco é no hospício”, traduz bem a crença/opinião geral. Ainda levará bom tempo para que isso deixe de fazer sentido e que novas expressões populares possam ser cunhadas, e para que o hospício seja o lugar para se livrar das pessoas que são consideradas incômodas.

Contudo, sabemos que estamos no meio de um processo muito mais longo e complexo que teve início há muito mais tempo. Ao analisar o histórico brasileiro, Birman e Costa (1994) consideram que os anos que seguiram o fim da Segunda Guerra Mundial foram importantes para se questionar o potencial terapêutico da psiquiatria. O aumento das doenças mentais crônicas que resultavam em incapacidade de desempenho pleno dos papéis sociais produziu dois movimentos que mais tarde resultariam na reforma psiquiátrica: comunidades terapêuticas e psiquiatria comunitária. Para Teixeira (1993), do ponto de vista epistemológico, o campo de saber psiquiátrico agrega discursos distintos, modelos e representações que conferem à loucura, no decorrer do tempo, diferentes leituras e compreensões. Dentre estes, entende a psicanálise como um corte epistemológico em relação ao saber biomédico sobre a loucura, a partir da

experiência das comunidades terapêuticas. Sua análise se espelha no Brasil dos anos 1960 e 1970, época em que aqui tais comunidades foram implantadas, onde era aplicado um modelo psicanalítico de tratamento.

Amarante (1994, p.3) entende Reforma Psiquiátrica como o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. Para ele, a Reforma Psiquiátrica em curso extrapola as transformações na instituição, no poder médico psiquiátrico e as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais, sublinhando que a antipsiquiatria surgida na Inglaterra, que ganhou força na Itália a partir das contribuições de Basaglia, foi uma das iniciativas que influenciaram o movimento iniciado no Brasil (AMARANTE, 1995). Todas estas propostas trataram de por em cheque “... o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados”.

O que chama atenção no caso brasileiro é a lentidão do processo, quase paralisado durante todo o período militar. A situação só começa a tomar novo rumo no final da década de oitenta. Para Bezerra Jr (1994), por exemplo, o ano de 1989 é um divisor de águas: primeiro, a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, em Santos - único manicômio privado da região -, segundo, o início da tramitação do Projeto de lei Nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado. O projeto de lei versava sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira, prevendo a substituição paulatina da assistência manicomial por “novos dispositivos de tratamento e acolhimento”.

Se durante a ditadura militar houve silêncio quase absoluto em relação a este tema, a partir do ano de 1987 começam a surgir publicações que tratavam da desinstitucionalização. Muito provavelmente as publicações sobre a temática dentro do

campo da saúde pública, estão relacionadas ao momento político pelo qual o país atravessava. O cenário político nacional é de plena retomada do processo democrático, desencadeado pelo fim do regime militar e pela luta por eleições diretas para presidente no final de 70 e início dos anos 80.

Entre o final dos anos 1980 e o momento atual, pode-se dizer que a reforma psiquiátrica brasileira avançou significativamente. Contudo, convém mencionar que esse avanço não se verificou sem dificuldades. O trabalho de Bandeira, publicado em 1990 (isto é, logo após o marco estabelecido por Bezerra como o início do nosso processo mais recente), já antevê alguns entraves inerentes à desinstitucionalização, dentre eles: problemas relacionados ao financiamento para criação de serviços alternativos ou comunitários; rejeição social em relação ao doente mental; dificuldades na gestão dos serviços, em consequência da falta de investimento em treinamento e recursos humanos formados a partir desta nova racionalidade; divergências ideológicas e de abordagens dos diferentes campos profissionais envolvidos nesse novo contexto, para citar apenas algumas. Como exemplo podem ser citadas as visitas a um CAPS recentemente implantado num município baiano, muitas dessas dificuldades foram de fato observadas, especialmente no que se refere ao treinamento da equipe e gestão do serviço. Em novo estudo publicado em 1992, Bandeira sugere que os profissionais de psicologia deveriam estar sendo preparados para assumir papel mais ativo para a transição entre o modelo baseado no hospital e as novas alternativas propostas pelos movimentos de reforma.

Para melhor descrever esta situação e elaborar melhor seus argumentos, Delgado (1992) analisa a legislação sobre a reforma psiquiátrica sob a ótica da cidadania. Ele toma como ponto de partida o projeto de lei 3657/89, para mostrar que o modelo assistencial não interfere direta e positivamente na cidadania, especialmente no que diz

respeito à obrigatoriedade do tratamento. Dessa forma, ele aponta outra dificuldade no processo de reforma, desta vez, não diretamente ligada à infra-estrutura de implantação de novos serviços ou treinamento de equipes, financiamento etc., como havia previsto Bandeira (1990), mas no que diz respeito diretamente ao paradigma dominante centrado no modelo manicomial. Segundo ele, desde o Código Civil de 1916, a cidadania do louco já havia sido “cassada”, tal como se pode apreender pela expressão ali contida “loucos de todo gênero”. A pessoa que tem sua capacidade civil cassada paga alto preço, ou seja, a privação da liberdade em unidades manicomiais penais. Pode-se dizer que cumprem dupla pena numa mesma unidade carcerária. (DELGADO, 1992, p.81).

Carrara (1998) trabalha com a hipótese de que o Manicômio Judiciário é uma instituição inerentemente caracterizada pela ambigüidade, pois é responsável pelo louco inocente/inimputável, mas tutelado, e o culpado/criminoso que potencialmente desfruta de certos direitos de cidadão, mas está obrigado a cumprir deveres institucionais. Busca entender historicamente o surgimento da figura do louco-criminoso e sua conseqüência para a criação de uma instituição específica para este tipo de sujeito. Os condicionantes históricos seriam a produção erudita em torno da relação crime e loucura e a prática judicial concreta, propiciando-se assim o cruzamento entre os saberes médico e jurídico. Mais outro estudo vêm complementar esse quadro sobre de natureza epistemológica: Jacó-Vilela e colaboradores (1999) faz uma síntese teórica e histórica sobre os saberes *psis* no Brasil, através de artigos que procuram estabelecer as bases epistemológicas da psiquiatria.

Numa perspectiva atual, Delgado (1992) se interessa pelo mesmo assunto, destacando os desdobramentos dessa relação entre a psiquiatria e o poder judiciário pela ótica dos movimentos reformistas surgidos no Brasil. Seu principal interesse é conhecer as conseqüências disso sobre os direitos dos loucos à cidadania, por exemplo, discute os

conceitos de infração e interdição civil. Enfim, o autor se interessa por mostrar a quem interessa essa relação.

O estudo de Peres (1997) surge para complementar essa tendência, estudando o aparato legal que serve de suporte para práticas psiquiátricas no manicômio judiciário de Salvador, ironicamente denominado Hospital de Custódia e Tratamento. O conceito de periculosidade é o que orienta sua análise, noção esta que serve para justificar as práticas abusivas tais como internação de longa duração que cronifica e não trata.

Para o estado do Rio de Janeiro, Maciel (1999) realiza estudo semelhante, utilizando-se de uma abordagem histórica sobre o primeiro manicômio judiciário da América Latina. As repercussões sociais das fugas ocorridas na instituição na década de 1920 são o foco de sua análise, para tentar mostrar de que maneira a idéia de periculosidade do louco delituoso foi sendo incorporado ao imaginário social. Para Barros (1990) a espinha dorsal da relação “doença e delito” (PERES, 1997) é a noção de cidadania, sob influência dos processos europeu e norte-americano. Para ela, esta associação entre doença mental e periculosidade é extremamente perversa pois desencadeia um processo de estigmatização que dificulta, quando não impede, a reinserção do louco no meio social. Em busca que realizei em um jornal de maior circulação do Norte e Nordeste foi possível ver através dos títulos das matérias publicadas no jornal um pouco da situação descrita pela autora. Entre os anos de 1997 e 2003, foram publicadas 57 notícias sobre doentes mentais na página policial, a grande maioria tratando da estreita relação entre loucura e perigo. A título de comparação, durante o mesmo período a Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial foram abordados em 35 matérias. Estes números podem parecer pequenos, num período de seis anos, contudo, ilustram bem o que chama mais atenção e

de que maneira a opinião pública vai sendo formada, que tipo de imagem e de discurso vão sendo veiculados através do jornal e alcançam o grande público.

Embora tenha anteriormente afirmado que durante a ditadura houve certo silêncio em relação a publicações, é preciso esclarecer que isso se deveu muito provavelmente ao retrocesso na reforma. No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, vários estudos começam a serem publicados, tratando das políticas públicas em saúde mental, tendo como pano de fundo a ditadura militar (MEDEIROS, 1977; RESENDE, 1981; TRIGER, 1981; VAISSMAN, 1983; ALESSI, 1982). Alguns trabalhos adotam abordagem marxista e a grande maioria se ocupa de descrever e analisar a situação do atendimento em saúde mental à luz da previdência social e das políticas públicas voltadas para o setor.

O estudo de Vaissman (1983), por exemplo, trata especificamente da alta lucratividade alcançada pelo setor privado, posto que a grande maioria dos leitos psiquiátricos ali estava concentrada em hospitais particulares, que recebiam verbas do estado. Sua principal crítica se dirige ao modelo adotado pelo então Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social, o INAMPS, e do abuso da internação hospitalar; fato que não coadunava com a política preconizada pela própria instituição baseada no modelo ambulatorial e comunitário de atenção em saúde mental. Outra contradição que é ressaltada pelo mesmo estudo diz respeito ao baixo investimento público no setor ambulatorial (aproximadamente 95% das verbas destinadas ao setor concentravam-se na rede hospitalar).

Por outro lado, Paulin (1998) se utiliza fontes históricas documental e oral para apresentar um panorama sobre a assistência em saúde mental no Brasil das décadas de 1970 e 1980. De acordo com seus resultados, foi possível identificar a influência do modelo norte-americano, baseado sobretudo em hospitais psiquiátricos da rede privada

que recebem financiamento das instâncias públicas. Este estudo é particularmente importante porque ajuda a entender a opção clara do estado brasileiro por um modelo que navega na corrente contrária das principais tendências internacionais que tem orientado o MLAM, que postula a necessidade de superação do hospital privado pelos serviços ambulatoriais, psicossociais públicos. No que se refere à situação encontrada na Bahia, essa política baseada em financiamento público de serviços hospitalares privados é ainda mais evidente. Para tanto, basta observarmos que dentre os 5.530 leitos existentes no estado, cerca de 70% pertencem a hospitais privados. Nesse sentido, é possível ainda entender o porquê do atraso da implantação dos serviços não manicomiais na Bahia: interesses econômicos que suplantam as necessidades sociais de oferecer serviços mais dignos às pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Entre 1983 e 1994, o Ministério da Previdência e Assistência Social produziu vários documentos, entre artigos, relatórios e outros estudos que se ocupavam de regulamentar as políticas públicas nos diferentes níveis da federação, visando a adequação ao novo modo de pensar a atenção psiquiátrica humanizada.

Para comparar o contexto brasileiro ao internacional Pitta-Hoizel (1984) analisa a política desenvolvida pela previdência ao nível federal, com destaque para suas contradições e conflitos e a viabilidade de sua execução. De maneira semelhante, Vasconcelos (1992) compara o processo que vinha sendo implementado no Brasil desde o final dos anos 1980, às experiências mais antigas que ganharam corpo em países da Europa e nos Estados Unidos.

Em outra direção os trabalhos de Carmo (1981) e Ribeiro (1986) fazem avaliações da atenção a partir da prestação do serviço frente às condições reais de vida dos usuários. Lougon (1987) também vai se ocupar da análise dos processos de transformação na assistência psiquiátrica a pacientes crônicos. Através da análise

produção científica associada ao Movimento de Transformação da Assistência Psiquiátrica, Leal (1999) buscou apreender a concepção de sujeito e de mundo mantida pelos agentes de cuidados terapêuticos. A autora toma como referencial os estudos sobre a construção social da Pessoa na cultura ocidental moderna (DUMONT, 1993).

No que se refere aos estudos de *avaliação de serviços e reforma psiquiátrica* destacam-se os estudos de Campos (1992), Andrade (1992). O primeiro faz uma análise das tendências no movimento, traçando as perspectivas para o futuro, enquanto o segundo aborda o caráter político no discurso institucional num dado momento em que os termos “democratização” e “transformação” se tornaram correntes. Essa é uma análise interessante porque reflete o momento político do país, no qual a idéia de democracia se tornou quase que uma obsessão, muito embora não tenha passado de um mito, no contexto analisado, isto é, o hospital Juliano Moreira do Rio de Janeiro. Contudo é possível dizer que isso não passou de um mito desencadeado pela sede de democracia que o Brasil viveu após o fim do militarismo autoritário por mais de duas décadas. No País pós-regime totalitário, a idéia de democracia parecia ser a panacéia para todos os males que assolavam a sociedade brasileira.

Outra vertente nos anos 1990, pode ser bem representada pelo trabalho de Goldberg (1992), que buscava desenvolver *análises de novas formulações teóricas e sua influência sobre as práticas oferecidas pelos serviços*. Isto é de grande importância para pensar as articulações entre as experiências práticas, seus desdobramentos para a formação intelectual de novas gerações de profissionais sob a égide não manicomial e o atendimento ambulatorial centrado no sintoma. Qualquer reforma sobre atendimento deve, certamente, também contemplar a formação dos profissionais que serão os futuros executores de tais mudanças. O trabalho de Luz (1994) por um lado analisa a responsabilidade do Estado para cuidado do cidadão, por outro chama atenção para o

papel do psiquiatra no processo de exclusão social que se encontra presente tanto no modo como é tratado o portador de transtorno mental, quanto em sua exclusão através da ausência de uma política de prevenção.

Também é importante ver que para que a reforma seja completa não se pode deixar de lado a atenção à família (MELMAN, 1998), por dois motivos básicos: primeiro, para dar suporte emocional e diminuir o sentimento de culpa em relação ao adoecimento do parente; segundo para promover o engajamento da família no tratamento.

Mais recentemente têm surgido estudos de caso que buscam repensar o usuário dos serviços de saúde mental como um sujeito de direito, revendo a imagem do louco. No material aqui analisado, por exemplo, numa das sessões plenárias em comemoração ao 18 de maio, um usuário ativista menciona claramente esse problema: ele afirma que se sente coagido e injustiçado por uma sociedade que o permite votar para presidente, mas que não o aceita como cidadão pleno que possa exercer uma atividade profissional.

A história da psiquiatria e do alienismo no Brasil, a partir do século XIX, tendo como base discursos e legislação em saúde mental, foi documentada por Ropa (1977); Portocarrero (1980, 1988); Amarante (1982); Charam (1986); Engel (1995). Este último discute a passagem do conceito de louco para o de doente mental como parte de uma nova ideologia que viria a orientar os procedimentos adotados pela sociedade brasileira do século XIX para classificar as pessoas, diagnosticá-las e criar as normas do comportamento socialmente aceito, desejado. Desta forma, apresenta o modo pelo qual a psiquiatria foi sendo institucionalizada no Brasil e a que tipo de ideologia estava ligada.

Do ponto de vista da construção de um discurso epistemológico não se pode deixar de citar o trabalho de Machado e colaboradores, publicado em 1978. Partindo de

uma perspectiva foucaultiana, Machado faz uma análise da emergência da psiquiatria no contexto da medicina social como um dispositivo de saber e poder. Em *Danação da Norma*, Machado e colaboradores (1978) procuram demonstrar empiricamente a tese que Foucault desenvolve em várias de suas obras: a de que a psiquiatria é um produto do contexto histórico. No Brasil, este saber é oficializado pela instalação do Hospício de Pedro II, na segunda metade do século XIX, como parte de um processo mais amplo de que englobava a biomedicina.

Naquele projeto higienista e eugênico, o louco tem lugar especial, justamente porque representava um sujeito de difícil controle, daí porque os autores do livro dão o sugestivo título “*Danação da Norma*”. Assim cabia à psiquiatria e o aparato hospitalar contribuir para o “processo civilizador” brasileiro no período posterior à proclamação da República, para utilizar uma expressão de Norbert Elias (1995[1939]). Neste projeto, não apenas o louco, mas a própria sociedade, a cidade em si, era objeto do saber psiquiátrico. Numa perspectiva ampliada, a medicina social foi a base sobre a qual a psiquiatria brasileira emergiu. Neste sentido, igualmente à primeira, a segunda também deslocou seu eixo de orientação da constatação da doença para sua prevenção e conservação da saúde. É justamente desta equação que manifesta seu potencial e efeito disciplinador.

Dentre os trabalhos consultados, o de Portocarrero (1990) é particularmente importante porque mostra em que momento da nossa história, nos anos 1960, a psiquiatria se constitui como um dispositivo de saber e poder, conforme terminologia foucaultiana. Os asilos são o aparato técnico necessário para que o poder se exerça de forma produtiva. É interessante notar que é justamente esse poder gerado dentro dos muros da instituição, que cria mecanismos de exclusão de cidadãos, que torna possível a emergência da crítica ao modelo manicomial, fornecendo os alicerces para os

movimentos reformistas que ganhariam maior importância a partir da abertura política. Como uma linha de continuidade, Yasui (1999) contextualiza a situação sociopolítica do Brasil no momento em que nasce o Movimento de Reforma. De acordo com sua análise este movimento só pode ser entendido se o observarmos através de sua ligação com outros movimentos sociais e com a Reforma Sanitária. Sua abordagem ainda contempla os resultados jurídicos, políticos e sociais até agora já alcançados.

A experiência da cidade de Santos, entre 1989 e 1994 é o ponto de referência fundamental para o trabalho de Nicácio (1994). A autora toma como baliza o conceito de cidadania, como um direito do portador, que só pode ser garantida a partir da implantação de serviços não manicomiais que atendam mais adequadamente às demandas sociais dos usuários. O estudo busca também entender as relações distantes entre as teorias que versam sobre a reforma e as práticas que norteiam os serviços reformados.

Amarante et alli (1998), fazem um recorte histórico e estabelecem os anos 1970 como o ponto de partida para realizar um mapeamento de fontes documentais, abordagens teóricas e de pesquisa nacionais, produzidas sob influências internacionais, que ajudem a compreender de que modo o projeto de reforma se tornou possível no Brasil. Cabrera (2000), por outro lado, vai se interessar por preencher uma importante lacuna nos estudos produzidos sobre a reforma, a partir do projeto de Lei Paulo Delgado: o que pensam os psiquiatras que trabalham nas instituições que ainda figuram como o principal modelo de assistência. O estudo foi realizado em Ribeirão Preto, município do interior de São Paulo, e através dos questionários respondidos pelos psiquiatras pode-se perceber sutil contradição: eles não negam a importância da reforma, acreditam que os pacientes crônicos devem receber outra terapêutica que não a

manicomial, de forma gradual, mas não estão convencidos plenamente de que a ressocialização/reabilitação seja possível.

Alguns estudos de natureza histórica ajudam a compreender as condições regionais da psiquiatria no Brasil. Dentre estes, destacam-se Vilela (1981), Andrade (1982) e Magro Filho (1992), que abordam o estado de Minas Gerais; Cerqueira (1984), ocupando-se dos contextos de Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro; Coelho Filho (1977), ocupando-se da situação em Paraíba e Pernambuco. Urquiza (1991) se interessa sobre a nascente psiquiatria paulista, com destaque para o período que compreende 1893 e 1923. As principais fontes de sua pesquisa são os prontuários do Juqueri, o famoso sanatório para os alienados de São Paulo. Enquanto Giordano Junior (1989) vai investigar, também para o estado de São Paulo, o modo como a loucura é construída através da análise de discursos que se inscrevem em contextos sociais e históricos distintos, tendo como base a influência do movimento higienista no campo que mais tarde viria a se consolidar como saúde mental. O higienismo e sua relação com a psiquiatria das décadas de 1920 e 1930 também vão despertar o interesse de outros pesquisadores. Nesse sentido, vale à pena consultar Costa (1976).

A situação sobre o Rio Grande do Sul é descrita por Fagundes (1992), com ênfase para as mudanças ocorridas após 1987 (que alguns autores estabelecem como marco importante para se entender a reforma psiquiátrica no Brasil). No outro extremo do mapa, Sucar (1993) se ocupa de desenvolver pesquisa semelhante para caracterizar o contexto de organização da psiquiatria no Rio Grande do Norte. Em Santa Catarina Teixeira (1993) vai estudar o que vem a ser a modernização da atenção, com destaque para a análise das relações de poder dentro do contexto hospitalar (enfocando as relações entre médicos, enfermeiros, internos). Enquanto isso, Santos (1994) vai estudar as políticas públicas propostas e implementadas no estado.

Propondo uma análise histórica das instituições e da divisão das suas competências, Lougon e Azevedo (1984) procuram entender a passagem do alienismo para outras práticas baseadas em outros critérios que não os hospitalares (ambulatórios, dispensários, colônias).

No que se refere aos movimentos sociais e a participação política em saúde mental, pode-se destacar alguns estudos, dentre estes Lancman & Hegenberg (1990) descrevem o período compreendido entre 1978 e 1982. Em 1999 Souza (1999) publica estudo sobre a participação de três associações de usuários e familiares no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e sua influência nos processos de tomada de decisão sobre as políticas públicas que lhes afetam diretamente. Esta é uma das formas de garantir que os direitos destas pessoas não serão desrespeitados. Além disso, esta participação é um avanço importante para o MLAM, que tem como um dos seus princípios a inclusão social.

Outro campo que tem produzido trabalhos importantes é o da *sociologia das profissões*. Dentre eles, destacam-se Bocai e Buschinilli (1978) que analisam o modo pelo qual os médicos avaliam o trabalho dos psicólogos que participam de equipes multidisciplinares em saúde mental. Já Bastos & Mamede (1994) se interessam pela forma como os trabalhadores em saúde mental dos anos 1980 estavam coletivamente organizados. Realizaram reunião para que se pudessem avaliar as condições de trabalho em saúde mental e ao mesmo tempo traçar propostas para contribuir com a política nacional de saúde mental. Um ponto forte deste trabalho é o destaque às denúncias feitas pelos trabalhadores sobre as atrocidades ocorridas em diferentes unidades hospitalares, a exemplo do Juliano Moreira. O surgimento da psicanálise no Brasil do início do século vinte até a década de 1980, é o objeto tratado por Ponte (1999). Pouco a

pouco o trabalho vai descortinando a institucionalização deste saber na medida em que a prática se profissionaliza.

Birman (1980) pretende estabelecer as bases epistemológicas dos saberes *psi* e em sua relação com a medicina. Discute que estes são saberes próprios da modernidade e de como a psicanálise foi sendo incorporada ao projeto institucional da Medicina e da Psiquiatria. Nessa mesma direção, Russo (2002) traça o percurso histórico das práticas *psi* em São Paulo e especialmente no Rio de Janeiro, a partir das disputas travadas pelos profissionais deste campo pela clientela. No decurso desse processo, durante todo o século XX viu-se supremacia da psicanálise. Os anos 1970 representaram o apogeu da psicanálise, ou “a busca desenfreada do divã”. A autora aponta que nos últimos anos do século XX e alvorecer do século XXI, há uma virada para a vertente biológica da psiquiatria, graças ao avanço da psicofarmacologia e uma nova geração de drogas, a exemplo da fluoxetina, alavancando o sucesso da psiquiatria e desenvolvimento das neurociências em prejuízo da psicanálise: “os sucessos da psicofarmacoteria e as descobertas da neurociência ganharam os jornais e revistas de grande circulação. Instado pela comunidade neurocientífica, o Congresso americano levou o então presidente americano George Bush a declarar os anos 90 como a década do cérebro. Psicanalistas americanos iniciaram uma revisão da teoria freudiana de modo a incorporar as novas teorias neurocientíficas” (p.77). Venâncio (1990) se propôs estudar o sistema de atendimento em psiquiatria no Brasil a partir dos anos 1970, chamando atenção para o que vem a ser o tratamento que se apresenta como alternativo ao que é considerado tradicional. Seu objetivo é perseguir o que orienta estas práticas “alternativas”. Argumenta que a noção de pessoa, na perspectiva moderna, é o que está na base desse novo modelo de atenção, por exemplo, o hospital-dia.

Por sua vez, Pessotti (1994) faz uma revisão histórica da loucura, desde os gregos, demonistas até a emergência do alienismo. Antes mesmo que a psiquiatria fosse instituída como disciplina científica e prática médica, o hospício já existia no Brasil, tal como ocorreu em outros países. Entretanto, a peculiaridade brasileira diz respeito ao fato de que aqui o hospício passou a ser tradicionalmente um lugar para loucos, especialmente ligada à noção de caridade e não à noção médica de tratamento, ou isolamento e exclusão como as críticas contemporâneas nos têm mostrado com maestria (FIGUEIREDO, 1996). Dito de outra forma, essa significação embute a relação caridade - controle social, o que extrapola à competência técnica da psiquiatria de um ponto de vista médico, como um dispositivo de poder.

Já o interesse de Coimbra (1992) foi o de analisar o que se fazia em termos de psicoterapias no Brasil da década de 1970. Seu objetivo maior foi articular a compreensão das relações entre as demandas sociais por novas formas de encarar e tratar o transtorno mental e as respostas fornecidas pelo campo profissional, ou seja, de que maneira estas demandas provocaram reestruturação, renovação e reordenamento do campo profissional que culminou com a emergência dos saberes *psis*. Igualmente, foi objetivo do trabalho caracterizar o público consumidor destas práticas: a família de classe média que vive nos grandes centros urbanos, cujo modelo é comumente considerado em crise. Interessa nesse sentido entender como esses saberes e práticas *psis* construíram e foram construídos, a partir de novas formas de subjetividade social que se expressa através de demandas individuais por determinados tipos de serviços.

Os relatos autobiográficos de experiências em instituições psiquiátricas são outra importante linha de documentos. Estes são os retratos mais contundentes e vivos das realidades vividas e da violência que se propaga no interior das instituições. Dentre estes, destacam-se Torquato Neto (1973), Cançado (1979). De maneira ligeiramente

distinta, Yasui (1989), nos conta sobre sua passagem por um CAPS em São Paulo, no momento em que este serviço desponta como uma alternativa à hospitalização.

Nesta mesma linha do relato autobiográfico apresentam-se os trabalhos de Melo (1978) e Sá (1991). Entretanto, estes são baseados na atuação profissional em instituições psiquiátricas. São importantes documentos para se ter acesso às condições de trabalho e de envolvimento pessoal emocional dos profissionais da saúde mental com seus pacientes.

No âmbito institucional da atenção em saúde mental na Bahia, alguns estudos foram realizados essencialmente por pesquisadores vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva da FAMED/UFBA. Dentre alguns desses trabalhos podemos apontar o de Pinheiro (1980), no qual o interesse foi realizar uma análise que clarificasse os possíveis nexos existentes entre a política e a economia da saúde mental. Jacobina (1980) realiza uma reflexão sobre a psiquiatria numa perspectiva historiográfica, iluminando o surgimento e estabelecimento da psiquiatria na Bahia, tendo como fio condutor o levantamento histórico do Asilo de São João, atual Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

Cruz Filho (1983) investiga a emergência da assistência psiquiátrica ambulatorial no campo da Previdência Social no Brasil, entre 1969 e 1981. Para Cruz Filho (1983, p.7), “as mudanças que se processam na psiquiatria são determinadas prioritariamente por fatores econômicos e políticos”. Segundo o autor, as mudanças sócio-históricas e econômicas induzem a uma reorganização no modo de exercer a psiquiatria no Brasil, traduzido por uma crescente ambulatorização dos serviços de atendimento psiquiátrico.

Silva (1995) trata da emergência de uma cultura psi em Salvador. Para demonstrar seu argumento, o autor também faz uma arqueologia da implantação da

Psiquiatria em Salvador, sustentando a tese de que os saberes e práticas psi aqui na Bahia são filhos diletos da Psiquiatria. Esse estudo é particularmente importante para a análise aqui proposta, especialmente pelo fato de ter utilizado uma metodologia na qual as narrativas dos sujeitos participantes desse movimento foram objeto central de análise.

Ao observar os trabalhos realizados na Bahia, pode-se afirmar que o presente estudo de alguma maneira é tributário desse campo de produção intelectual e acadêmica, visando contribuir para atualização teórica e analítica dessa problemática. Para tanto, proponho conhecer as formas de articulação do MLAM como parte do processo da reforma psiquiátrica baiana, partindo do pressuposto de que as condições locais são parte importante para a constituição das lutas sociais.

III – Cidadania: politização da subjetividade

O objetivo deste capítulo é discutir uma certa noção de cidadania que informa o modo de ser dos indivíduos em nossa cultura e alinha-la com a discussão foucaultina sobre a politização da subjetividade. Essas duas noções constituem um dos principais referenciais analíticos do presente estudo. A noção de cidadania foi utilizada como eixo articulador das discussões realizadas, enquanto um modelo "ideal" que sintetiza os atributos que positivam a condição do indivíduo moderno. Brown (1997) reconhece que duas abordagens têm polarizado as discussões sobre cidadania: o *liberalismo* e o *comunitarismo*. Para os objetivos em questão, interessa mais especificamente explorar o conceito da perspectiva liberal “que torna explícita as relações entre o indivíduo e o Estado - posto ser o meio de informar as políticas públicas nos países de ideologia "individualistas" (DUMONT, 1993) como é o caso do Brasil.

A partir dessas considerações sobre individualismo e modelos hierarquizantes, Velho (1987) postula que a sociedade brasileira é constituída de gradações diferenciadas entre hierarquia e individualismo, tornando difícil estabelecer uma definição de acordo com os modelos culturalistas tradicionais. Na sua opinião, o modo de capitalismo aqui realizado, em muito difere do de outros países, em especial dos anglo-saxões. De acordo com Velho (1987, p.146) "a estabilidade da hierarquia enquanto valor e a ação do Estado enquanto ator central", estabelecem limites nítidos para as ideologias individualistas a exemplo do liberalismo.

O modelo hierarquizante atua de forma decisiva na sociedade brasileira, muito embora saibamos que ele não é o único. Acrescentando-se a isso a presença massiva do Estado, deparamo-nos com "os limites dos indivíduos enquanto sujeito moral e político". Para Velho, esses são alguns dos motivos da frágil noção de cidadania no

Brasil e acrescenta ainda que "embora na lei tenhamos, de um modo geral, definidos direitos e liberdades extensivos a todos os membros da sociedade brasileira, na prática temos cidadãos de primeira, segunda e terceira classes e mesmo não-cidadãos, isto é, indivíduos sem voz, sem espaço e sem nenhum respaldo real nas instituições vigentes" (VELHO, 1987, p.146).

É característico do sistema liberal que as políticas sejam definidas como ações concebidas e normatizadas pelos próprios cidadãos, com finalidade essencialmente instrumental. Como explicita Brown (1997, p.6) na concepção liberal o cidadão é detentor natural de direitos garantidos pelas constituições⁴. Conforme Fleury (1996), a intervenção estatal nas problemáticas ditas sociais, através da implementação das políticas públicas, institui uma relação de direito positivo do Estado para com o indivíduo que, em última análise, é condição necessária para o surgimento daquilo que se convencionou denominar "cidadania".

Para os objetivos propostos nesse estudo foi fundamental analisar de que modo os movimentos sociais, particularmente no que se refere a saúde mental, atuam no sentido de fornecer subsídios para a construção da cidadania desses sujeitos sociais. Longe de achar que a noção de cidadania seja algo tão claro entre nós, tentarei mostrar seu caráter polissêmico e o modo como vem sendo apropriado pelo MLAM, aqui entendido como um dispositivo de saber, idéia esta que será melhor desenvolvida mais adiante.

Segundo Carvalho (2001), a ampliação da atual noção de cidadania que vigora entre nós, ocorreu através das diversas Constituições, sendo que a expansão dos direitos sociais ocorreu com a Constituição de 1988. Muito embora isso não signifique que os

⁴ .“In liberalism, citizens are conceptualised as corporal holders of rights. Society reflects and secures citizens, holdings formally in a written constitution, which confers a largely legal status on the citizen.”

direitos civis sejam igualmente extensivos a toda a população e nem impeça que os direitos sociais pareçam cada vez mais inalcançáveis.

É sabido que os parâmetros da cidadania são sempre definidos em função da sociedade abrangente. Nesse sentido, torna-se pertinente buscar entender o atual significado da noção de cidadania vinculado aos “novos movimentos sociais” (GOHN, 1998), que vem ocorrendo na Bahia, sem, no entanto, perder de vista o contexto mais amplo que é o Brasil e a sua posição frente a outros países. Nessa perspectiva, busco compreender a emergência e atuação política dos movimentos sociais que tem surgido em estados neo-liberais periféricos. Isso não significa afirmar que os movimentos sociais não ocorram nos países centrais. Todavia interessa-me iluminar essa situação peculiar representada por este movimento no campo da saúde como forma de organização e mobilização social que tem alcançado muitos resultados, dentre os quais a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, o fechamento gradativo dos existentes e a implantação de novos serviços não-asilares que vão instaurar paulatinamente uma nova mentalidade não-manicomial, mais inclusiva. Sem dúvida, este é um processo político bastante importante.

A partir de 1985, com o fim da ditadura militar o Brasil assume a luta pela construção da democracia, elegendo a cidadania como o signo discursivo desse momento histórico. Todo essa assunção do discurso cidadão tem o seu momento magno com a Constituição de 1988. Na trilha desse novo momento político se acreditou que a possibilidade de escolha dos nossos governantes em todos os níveis, traria automaticamente a implantação de uma sociedade igualitária e garantiria a felicidade plena de uma república democrática. Entretanto, a prática tem nos mostrado quão difícil são os avanços reais e conquistas por condições decentes para toda a população.

Já se passaram quase vinte anos desde a implantação da nova constituição brasileira e até o momento atual não temos dignidade no atendimento em saúde, a educação cada vez mais caótica e privatizada, saneamento básico a desejar. Enfim, a construção da cidadania na prática é algo muito mais lento do que possamos imaginar. Mudam as leis, mas permanecem os velhos costumes. Há entre nós uma prática bastante peculiar, penso eu, de garantir a permanência de antigas práticas segregadoras mesmo sob a rubrica de novas legislações.

A própria idéia de “cidadania plena” traz no seu bojo uma série de contradições. Segundo Carvalho (2001), o “exercício de certos direitos, como a liberdade de pensamento e o voto, não gera automaticamente o gozo de outros, como a segurança e o emprego (...) não garante a existência de governos atentos aos problemas básicos da população” (CARVALHO, 2001, p.8). A cidadania plena tal como é idealizada por nós no ocidente, talvez seja um ideal inatingível. Entretanto, serve como um parâmetro de avaliação da situação de cada sociedade. No caso dos loucos isto é ainda mais delicado, pois a própria condição de doente já significa a impossibilidade de exercício de uma série de direitos que caracterizam o exercício da cidadania.

Por “cidadania plena” entende-se o cumprimento de direitos civis, políticos e sociais (CARVALHO, 2001). Os direitos civis são garantidores da vida, da liberdade, propriedade e igualdade perante a lei. Espera-se que garantam relações civilizadas e mesmo a existência da sociedade civil surgida com a emergência do capitalismo, sua pedra angular é a idéia de “liberdade individual”. Os direitos políticos dizem respeito ao direito de votar e ser votado, sua instituição principal se dá através dos partidos e do parlamento livre e sua essência se baseia na idéia de autogoverno. Já os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva, incluindo direito à educação, trabalho, salário justo, saúde e aposentadoria. Estes direitos dependem da eficiência do Executivo

e possibilitam às sociedades organizadas minimizar as desigualdades produzidas pelo sistema capitalista. Em última instância buscam garantir um bem-estar mínimo a todos e estão lastreados pela idéia de “justiça social” (CARVALHO, 2001).

Entendo cidadania como uma construção histórica, podendo relacioná-la a outro evento histórico: o aparecimento do Estado-nação contemporâneo da Revolução Francesa. Deste modo, a construção da cidadania tal qual a conhecemos guarda uma estreita relação com o tipo de formação do estado-nação. É consenso atualmente falar da crise pela qual atravessa o estado-nação, nesse sentido é importante refletir sobre o conceito de cidadania que tem orientado as nossas políticas públicas e como o MLAM assume esse discurso.

Ao analisar o Movimento de Luta Anti-Manicomial, percebe-se que o conceito de cidadania é bastante recorrente nos discursos dos ativistas, especialmente centrado na noção de que um dos objetivos do movimento é garantir atendimento cidadão para as pessoas que sofrem de problemas mentais e um novo estatuto para a loucura. Desta forma, à primeira impressão do observador é a de que se trata de uma análise de conjuntura, numa perspectiva macro-estrutural. Contudo, acompanhando o pensamento de Foucault, é preciso levar em conta que, para ele, não há diferença evidente entre a perspectiva micro e macro, pois qualquer discurso só pode ser entendido à base dos elementos micropolíticos que refletem o discurso maior. Dito de outro modo, esse discurso participa e está inscrito num todo, submetido a relações de poder específicas. A análise que realizei do MLAM deixa evidente esta dimensão relacional. Por isso, neste caso, não se trata de fazer uma opção por uma análise do macro - isto é das relações políticas, o aparato legal da reforma psiquiátrica -, em detrimento da análise dos processos que envolvem os sujeitos, especialmente os pacientes em sua relação com as instituições manicomiais, e o usuário, estatuto este que torna possível a construção de

uma subjetividade através da militância política. Não se trata de excluir, mas, ao contrário, de mostrar como estas duas dimensões, isto é, legal/institucional e sujeito/militante se implicam mutuamente para o estabelecimento de nova base para a construção da cidadania. Aqui não estou propondo uma análise de "síntese" entre as teorias da ação e da estrutura, pois esta noção já preconiza uma ruptura, uma divisão que deve ser restabelecida "artificialmente" numa totalidade. Nesse sentido, procurei realizar uma análise que mostra as relações de poder que se formam no interior do campo político da reforma psiquiátrica, que fomentam tanto a discussão ampla e estrutural quanto a repercussão nas subjetividades dos participantes.

Observando-se atentamente, pode-se dizer que isto constitui o que Foucault define como um dispositivo. Contudo, aproximando-se ainda mais o olhar, tem-se a impressão de que os elementos dos discursos (isto é, da conjuntura/estrutura por um lado, e do MLAM/sujeitos/pacientes, por outro), não guardam relações entre si, colocando-se até como antagônicos. Defendo, entretanto, que esta incongruência é apenas aparente e constituinte e, por este motivo, o contexto que produz o "evento" ou "fato" é exatamente o mesmo que produz a estrutura duradoura; o contrário também é verdadeiro. Nesse caso, a diferença é de escala e não de valor. Analogamente, o discurso produz as regras de sua interpretação ou de aparecimento/surgimento. A análise de movimentos sociais deve levar em conta essa condição. A emergência do MLAM, por exemplo, inscreve-se no contexto político dos movimentos sociais no Brasil dos anos 1970, no qual a prática da tortura física e psíquica como método de "arrancar" confissões foi iniciada nos quartéis e se espalhou pelos hospitais psiquiátricos, para onde muitos perseguidos políticos foram mandados. O corpo imolado através das técnicas de tortura era usado como instrumento de confissão ideológica. Em Nietzsche, a Genealogia e a História Foucault afirma que o corpo é a

“superfície de inscrição dos acontecimentos, lugar de dissociação do Eu, volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está portanto no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 1995, p.22).

Essa afirmativa de Foucault é adequada para entender o significado do manicômio em nossa sociedade, não apenas em relação às práticas psiquiátricas, mas também porque traz à tona uma memória social e política do corpo arruinado, do louco e do dissidente, aproximando pela prática da tortura e tornando equivalentes dois regimes de exceção. Nesse caso, a genealogia como a análise do poder pretende “marcar a singularidade dos acontecimentos longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo a história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos” (FOUCAULT, 1995, p.15), buscando as descontinuidades onde tudo parece ser um contínuo desenvolvimento. A análise genealógica dá atenção às recorrências, aos detalhes ínfimos; evita buscar a profundidade. O movimento da interpretação genealógica é contrário ao do “escavador”, ele opera em “sobressaltos”, deixando instalar sobre si a profundidade restituída, agora como “segredo absolutamente superficial”. O que ele quer dizer com isso é que o significado deve ser procurado nas práticas, por elas mesmas, ao invés de buscá-lo em “profundidades misteriosas” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.119).

Uma vez distanciando-se da crença no “significado profundo”, eis que o significado se desvela para o observador. O que vale dizer que, se observarmos da “correta distância” e com um “olhar certo”, então obteremos uma “profunda visibilidade em cada coisa”. É importante atentar para o fato de que a interpretação para Foucault não é a busca de um significado subjacente e profundo. Ela é inesgotável, na medida em que ao interpretarmos, encontramos menos significados “fixos de um texto ou do

mundo” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 119) e mais interpretações de segunda mão, ou seja, resultantes de outras interpretações estabelecidas por outras pessoas. Dessa forma, a arbitrariedade da interpretação se auto-explicita. A genealogia se propõe revelar a história dessas interpretações que conformam nossos ideais humanistas. Essa história, por sua vez, deve ser buscada nas “baixas origens”, ou seja, nos fatos rotineiros, nas mentiras e não em uma construção da “grandiosa Verdade”. De acordo com a genealogia, o mundo é tudo aquilo que se apresenta, não existe uma realidade “mais verdadeira” a ser descortinada.

O objetivo a ser perseguido daqui para frente será o isolamento dos “rituais meticulosos do poder”. Esses, por sua vez, não são simplesmente a reação de sujeitos, nem de um conjunto de relações, tão pouco estão fixos sempre no mesmo *locus*. Pelo contrário, são móveis, situando-se em diferentes esferas a cada época. Para Foucault, a história é esse jogo de rituais de poder, que avança de uma dominação para outra. E se pensamos o MLAM nesta perspectiva, observamos a passagem de uma forma de discurso para outro sobre a loucura, um dispositivo de saber que dá lugar a outro na arena da política do corpo, estabelecendo as relações entre saber e poder. Assim, a análise sobre as tecnologias políticas do corpo é uma tentativa de identificação dos diferentes níveis entre o funcionamento biológico do corpo e os “aparelhos institucionais de força” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.127), no caso em análise, o manicômio.

É possível nesse caso, entender que o MLAM, de fato, funciona como um dispositivo, no sentido atribuído por Foucault porque este termo abrange as “práticas não-discursivas do mesmo modo que as discursivas” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.134) e coisas tão heterogêneas quanto “os discursos, as instituições, as disposições arquitetônicas, os regulamentos, as leis, as medidas administrativas, os enunciados

científicos, as proposições filosóficas, a moralidade, a filantropia etc.” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.134). Com base nesses componentes, algumas vezes tão divergentes, faz-se a tentativa de “estabelecer um conjunto de relações flexíveis, reunindo-as num único aparelho, de modo a isolar um problema específico” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.134). Quando conseguimos isolar “estratégias de relações de força que suportam tipos de saber e vice-versa” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.134), estamos diante de um *dispositivo*. Muito embora, ele não tenha elaborado uma delimitação a respeito da abrangência dessa técnica, deixando-nos um pouco a mercê da sorte a eficiência no seu uso. E esse conceito é uma tentativa de localizar, compreender e nomear o tipo de inteligibilidade instaurada por um conjunto de práticas coerentes que organizam a realidade social, uma vez que não é recomendável recorrer aos próprios sujeitos ou às regras objetivas que constituem (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.135) cada um dos fatos que será colocado em relação com os elementos mais amplos.

Retomando a história do Movimento da Luta Antimanicomial, por exemplo, observa-se que durante os anos 1970, são sujeitos políticos que se engajam em movimentos sociais reivindicando humanização do tratamento psiquiátrico, criticando a hospitalização, denunciando as condições de abandono e maus tratos vigentes nas instituições para demonstrar a ineficácia da terapia asilar. O exemplo de outros países encontrou no contexto político brasileiro o solo fértil para ganhar lenta visibilidade, produzindo um campo discursivo/prático no qual cada uma dos relacionamentos analisados se desenvolve. Assim, pode-se dizer que nada há além da “micropolítica” justamente porque essas microrrelações só se tornam evidentes dentro de um determinado campo, ou dispositivo, que os cria. Devagar, o MLAM foi alcançando resultados, através da aprovação de portarias, instruções normativas, enfim, até

conquistar a aprovação da Lei Paulo Delgado. Devagar foi ganhando credibilidade social e conseguiu através das ações dos participantes, alterar o aparato institucional, através da legislação.

Ao mesmo tempo, os efeitos das conquistas do MLAM se verificam igualmente sobre a subjetividade do louco, fornecendo elementos para que ele construa uma imagem de si que tenha um lugar na sociedade. Isto fica bem claro num pequeno artigo publicado numa coletânea intitulada “Loucura, ética e política: escritos militantes”, produto de um seminário realizado em 2002, na cidade de Belo Horizonte. No texto auto-referido “O mundo vivido de Eduardo Araújo” o coordenador do MOUSM destaca a importância da militância em sua vida, por causa dos novos espaços de atuação social e pessoal que foram abertos através da política. Ele diz:

“Nesses nove anos de militância, o aprendizado político é de fundamental importância na luta com o movimento social e político, de levar à população informações sobre o que significa a luta anti-manicomial, o que me insere no coletivo. Vai surgindo assim, com dor, com agonia, com sangue e lágrimas [...] O mais importante é a participação do ‘louco’ no movimento social, trazendo novas reivindicações que a sociedade vai ter que ouvir. A presença corporal... pela primeira vez na humanidade, os loucos se organizam e passam a denunciar do que foram vítima (sic) e reivindicam espaço na comunidade. Já pensou a presença do MOUSM no Fórum de Entidades de Direitos Humanos...? [...] A não instrumentalização do louco para ocupar um espaço na sociedade torna-o capaz de ensaiar uma nova forma de criação da técnica e da ética para lidar com a loucura que não seja mais uma relação de poder, mas possibilite a situação de pessoas para, com isso, pensar na solução ao problema da relação entre a ‘loucura’ e a ‘normalidade’. O papel dos técnicos na construção de uma ética na luta com a loucura é de fundamental importância e deve ser contínua (sic). Tive uma experiência em determinada instituição com uma estrutura moral que não aceitava a ética da loucura. A relação com a crise em um serviço aberto de saúde mental deve ser regulada por uma auto-gestão de trabalhar com, construir junto, mitigando, assim, as relações de poder que estabelecem quem detém o saber e o poder sobre o fenômeno”.

A longo prazo esta nova imagem e o novo lugar ocupado por estes sujeitos poderão contribuir para a "despatologização" da loucura, isto é, para que o louco não seja expulso da sociedade, negado juntamente com sua loucura. É por isso, portanto, que Foucault chama atenção para o caráter internamente polissêmico de qualquer

discurso. Metodologicamente, na relação com o objeto de análise desta tese, equivale a dizer que a análise do Movimento de Luta Antimanicomial é o resultado de um determinado tipo de discurso que prega o individual/social e o universal/particular em si e apóia certas análises, impondo certas relações de poder e limites de interpretação, assim, a despatologização da loucura é uma questão de natureza política e não de natureza biomédica.

O MLAM constrói seu discurso em oposição ao discurso manicomial e, neste caso, é inegável que cada um dos lados está dizendo coisas bem distintas em relação às concepções da loucura e formas legítimas de tratá-la. Mas, apesar da divergência, estão chegando à mesma conclusão em relação ao que o manicômio e suas práticas hoje representam para a sociedade brasileira. É justamente aí onde está o poder do discurso sobre o louco. Isto equivale a dizer que estes discursos não estão tematicamente unidos - como geralmente é tratado pelos cientistas sociais -, mas ao contrário, fazem parte de algo que não faz sentido como discursos separados e que se apresenta de forma irregular. Assim, estaria correto afirmar que existe uma tensão que é inerente ao campo interno de cada discurso e quando cada um deles é apresentado numa outra arena, lido a partir de outra perspectiva ou posto em relação com outro discurso, estas formas irregulares se manifestam e provocam esta relativa falta de coerência, gerando a impressão de antagonismo. Ao lado disso, caberia, então lembrar a noção de interpretação aplicada por Foucault, desenvolvida a partir dos seus primeiros trabalhos.

Em *Arqueologia do Saber* (1997 [1969]), por exemplo, e talvez em *As Palavras e as Coisas* (1992 [1966]), a idéia de interpretação não pode ser tomada a partir do ponto de visto de um sujeito particular, mas como algo que forma esse sujeito em si. Ao contrário, discurso é considerado algo bem estrutural. Em trabalhos posteriores, como já foi dito anteriormente, ele detalha um pouco mais esta noção, tornando-a menos

estrutural, definindo-a como "genealógica". Contudo, as rupturas inerentes ao discurso, reconhecidas por Foucault, não são explicadas satisfatoriamente por ele. Deve-se lembrar, do ponto de vista epistemológico, que a interpretação do discurso é sempre um produto dele mesmo e por isso não pode entrar em choque, ao contrário, **interpretação e discurso** que a produz entretecem-se gradativamente. A esta internalização e subjetivação ele chama de "ética do self", isto é, o processo através do qual um discurso vai sendo construído pelo sujeito a partir da experiência pessoal.

No caso do MLAM, eu analiso a "construção do sujeito político" a partir do processo de subjetivação que denominei "de paciente a usuário", isto é o que define o que é o sujeito, o usuário, porque não existe anteriormente ao discurso. Esta dimensão micropolítica do movimento incide sobre os sujeitos-ativistas. Mas ao mesmo tempo, analiso também a própria dinâmica do movimento, através das "conquistas" alcançadas no nível estrutural, ou seja, as instruções normativas, a legislação e o aparato terapêutico que vem sendo reformulados em consequência do ativismo. Assim, há que se admitir que a diferença é de ponto de vista que permite entendê-los como discursos que dialogam entre si, pois estão falando da mesma coisa, isto é, **o lugar do manicômio na sociedade de hoje**. Aqui não me refiro ao manicômio como terapia para demonstrar a ineficácia, pois afirmativas como esta isso já se tornaram "lugar-comum"; a questão é muito mais ampla. Aqui me refiro ao **manicômio como o símbolo de uma luta política que alimenta disputas de poder**. Desse modo, qualquer separação não existe também na perspectiva do observador, a não ser como estratégia de produção de um novo discurso que precisa ser descrito e compreendido. Assim, através desse tipo de análise é possível escapar da dicotomia entre bem e mal, sendo possível também demonstrar como coisas tão distintas e que estão sob regimes parecidos chegam a ser tratadas de

modo semelhante. Mais importante é realmente observar os efeitos na subjetivação das pessoas.

É preciso prestar a atenção na dinâmica criada no interior do discurso que gera esta habilidade interpretativa. Após aprovação da Lei Paulo Delgado, a verba para novos leitos e hospitais psiquiátricos foi contingenciada, os gestores da saúde mental da Bahia começaram a migrar (por força da lei) para um discurso Anti-manicomialista, imposto pela nova prática que é exigida por lei (de assistência aberta) sem dialogar com o MLAM. Poder-se-ia dizer, então, que nesse caso, na medida em que os serviços abertos estão sendo implantados, pautando-se por novas práticas alinhadas com as propostas do MLAM, essa diferença vai se tornando cada vez mais política, uma vez que os antigos gestores das instituições fechadas são agora responsáveis pelos serviços substitutivos abertos. Desse modo, isso pode causar a impressão de que, ao longo desse processo, o MLAM perderá sentido, tornando-se um discurso sem sujeito, ou seja, junto com os manicômios extinguir-se-iam as razões para a luta. Contudo, em qualquer processo social, as mudanças não se consolidam na mesma velocidade da determinação legal. Há que decorrer um tempo de transição. Os serviços abertos recém implantados tendem a preservar aspectos das práticas manicomiais.

Por exemplo, o biopoder passa a ser exercido mais diretamente sobre a subjetividade e o corpo deixa de "pertencer" à instituição, uma das características principais do modo "clássico" desse exercício. O biopoder está representado pelo próprio encarceramento que visa a docilização do corpo, ou seja, (re)estabelecer os sinais diacríticos da "normalidade". Contudo, o senso comum é alimentado por imagens de instituições fechadas que abrigam loucos nus ou maltrapilhos, sujos, relegados ao abandono, como um corpo excluído do convívio social que por este motivo aboliu suas convenções.

Nos novos serviços abertos, ao contrário, o corpo não está encarcerado e deve ser remodelado a partir da própria subjetividade. Aparência física, modo de se vestir, andar, higiene corporal etc., são significantes visíveis e imediatos que comunicam a melhora ou piora no estado de saúde de uma pessoa que sofre de problemas mentais. A nova lógica exige que o sujeito se implique no processo terapêutico através da participação e engajamento em atividades consideradas ressocializadoras, tais como aquelas que são desenvolvidas nos grupos de terapia ocupacional. Ali as atividades físicas são elaboradas com o objetivo de fazer com que o participante compreenda o que está sendo desenvolvido e possa (re)aprender a atribuir significados às ações corporais. Assim, a disciplina mental-corporal-aberta, aplicada nos serviços abertos, vai tomando o lugar da disciplina corporal-químico-carcerária imposta na instituição fechada.

De um louco encarcerado e do seu corpo não se espera algo produtivo. Ele é contido e isolado atrás dos muros e não se submete às regras consideradas adequadas de apresentação de si diante do outro, nos espaços sociais. Pouco importa se anda nu, se não toma banho ou se não se envolve em atividades consideradas produtivas e potencialmente reabilitadoras. Seu corpo se oculta do olhar de censura e da evitação públicas. Mas por ser encarcerado o corpo é considerado um bem público, propriedade de todo cidadão. Então pode ser que o louco não cuide do seu próprio corpo, e o mero fato de não fazer cuidar marca esse corpo. A ocultação pública do corpo é apenas relativa, já que todo o mundo já sabe o que acontece dentro do manicômio. Nesse caso, o corpo não está ocultado, mas presumidamente ocultado, já que há uma hipocrisia em relação ao que acontece no manicômio. Do lado de fora se faz vista grossa sobre o se passa lá dentro. Nesse caso, o "todo mundo já sabe que anda sujo" representa um saber relativo e conivente. Assim, subjaz a idéia de que há uma certa "naturalização" da condição do doido nu e que não controla a si mesmo. Ou seja, doido é assim mesmo,

talvez seja por isso que muitas pessoas acham que o manicômio é "assim" porque maluco é assim... ou seja, os maus-tratos e o isolamento do louco (logo encarceramento) são consequência de uma condição que é inerente à própria loucura. Nesse caso, o manicômio deixaria de ser a "fábrica" da loucura, mas seria fabricado por ela, pelo louco e sua inadequação. Estamos aqui falando a partir da perspectiva dos manicomialistas e do censo comum em relação à necessidade de manutenção dos manicômios, pois não devemos esquecer que a visão manicomial da loucura ainda é predominante em nossa sociedade. Basta também lembrarmos onde os estudantes de medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional fazem seus estágios: nos manicômios. De suas mãos inábeis não se espera algo que se possa admirar. A não ser as obras de artes infantilizadas produzidos pelos residentes dos asilos, que representam **mercadorias da caridade** que servem para limpar a consciência das pessoas que compram esta arte em relação à sua omissão sobre o que passa dentro dos manicômios. Por outro lado, estas mercadorias da caridade, quando tornadas públicas, servem para "reabilitar" a imagem do manicômio junto à sociedade.

Entretanto, há que se considerar que as terapias ocupacionais são utilizadas como práticas terapêuticas desde o final do século XIX, na Europa e América do Norte, isto é, quase tão antigas quanto os manicômios. Foram difundidas no Brasil em 1946, em plena era Vargas, pela psiquiatra Nise da Silveira, no Centro Psiquiátrico Pedro II. Contudo, os resultados dos trabalhos desenvolvidos pelos internos ficavam restritos à instituição; o objetivo da terapia era o de manter o indivíduo ocupado sem que houvesse uma preocupação de o demonstrar publicamente capaz. Alguns anos mais tarde, entretanto, em 1952, a psiquiatra alagoana coordenou a fundação do Museu de Imagens do Inconsciente para que esta produção se tornasse pública, demonstrando para a sociedade a habilidade artística e ocupacional do louco. Fazer do corpo louco algo

produtivo era agora uma alternativa terapêutica ou complementar ao tratamento químico. Nos serviços abertos, ao contrário, a terapia ocupacional e os seus resultados são parte importante do tratamento, e não são apenas considerados complementares. São evidências da eficácia e indicadores da capacidade de reabilitação psicossocial que se espera destas terapias não asilares.

O que se pode esperar desta nova lógica disciplinar mental, que se diferencia da unicamente baseada no corpo encarcerado mantido longe dos olhos da sociedade? A resposta é clara: a proclamação de identidade outra e a incorporação de outra subjetividade, que pode ser manifestada física e socialmente. Do lado de fora, é esperada a participação nas atividades políticas voltadas para a abertura de novos espaços de circulação dos usuários, por exemplo, feiras de artesanato, bailes carnavalescos, seminários, aulas públicas etc, com destaque para as sessões plenárias realizadas pela Câmara Municipal de Salvador, algumas delas aqui analisadas. Desta forma, a participação política forja uma nova identidade social. Aqui não cabe uma avaliação maniqueísta sobre esta nova condição existencial, se é melhor ou pior que a anterior; cabe, antes, demonstrar o exercício do biopoder para além do corpo, englobando a subjetividade, que se torna peça fundamental desta nova engrenagem terapêutica, fundada na "tecnologia do self".

Caroso e colaboradores (1997) resgatam a teoria do rótulo para discutir processos de rotulação positiva que resultam de experiências terapêuticas. Analisam trajetórias de pessoas que foram tratadas em instituições psiquiátricas e de outras submetidas à terapia religiosa no culto afro-brasileiro. Através da leitura destas histórias de vida mostram que os indivíduos tratados predominantemente pela biomedicina, e recebem um diagnóstico psiquiátrico, são socialmente estigmatizados como loucos e doentes, portanto, geralmente considerados incapazes de desempenhar plenamente os

papéis sociais que lhes estavam reservados antes da manifestação dos sintomas. Por outro lado, a iniciação resultante da terapia no culto afro-brasileiro favorece a rotulação positiva e forja a construção de uma nova identidade associada à religiosidade. O rótulo de doente, portanto, incapaz, tende a ser substituído pelo rótulo de iniciado, o que representa grande diferença para o processo de ressocialização. Pode-se dizer que a militância oferece possibilidade semelhante de anular a relação entre loucura/doença que produz a rotulação/estigmatização negativa e excludente. A militância, assim como a iniciação religiosa, produz um rótulo positivo que permite o desempenho de papéis sociais onde a desrazão não é negativamente valorada.

Nos últimos trabalhos do filósofo francês Michel Foucault e terceiro volume da *História da Sexualidade – O Cuidado de Si* – e na compilação póstuma intitulada *Tecnologias do Eu*, ele se volta para a questão de como os indivíduos se tornam sujeitos em nossa sociedade, ou seja, os modos de subjetivação que tornam os seres humanos sujeitos, atentando para a questão das técnicas e tecnologias da subjetividade. Entendendo o termo “subjetividade” como “el modo en que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que está en relacion consigo mismo” (FOUCAULT, 1991, p.21).

Poderíamos afirmar então que o objetivo de Foucault nos últimos vinte anos, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos, triplamente definidos, a saber: 1) “modo da investigação que tenta atingir o estatuto de ciência”; 2) práticas divisoras, quando o sujeito é dividido no seu interior em relação aos outros; 3) e o modo como um ser humano torna-se um sujeito.

A fim de estudar essas racionalizações específicas, Foucault postula seguir em uma direção mais empírica e dirigida ao momento atual. Sugere ainda que para compreender as relações de poder, é interessante investigarmos a partir da suas “formas

de resistência e as tentativas de dissociar estas relações”. Estas “formas de resistência” são denominadas por Foucault como “lutas”, que têm como objetivo principal a oposição a “uma técnica, uma forma de poder” que categoriza os indivíduos e os marca com um traço distintivo da sua própria individualidade, tornando os indivíduos sujeitos, subjugados, que entram em luta contra a sujeição, contra a submissão da subjetividade. Está claro que esses “mecanismos de sujeição” não ocorrem dissociados dos mecanismos de exploração e dominação, entretanto eles não podem ser vistos como determinados pelos últimos e sim mantendo relações dialógicas com eles.

Nesse sentido, torna-se pertinente entender o processo de surgimento e as práticas ativistas no movimento de luta antimanicomial, focado nessa proposta como um contrapoder, oposição, uma forma de resistência ao poder do psiquiatra sobre o doente mental. Todavia, esse contra poder está circunscrito à rede de poder mais ampla.

Para efeitos de análise, os “mecanismos de sujeição” devem ser entendidos em suas relações dialógicas com os “mecanismos de exploração e dominação”; todavia não podem ser considerados como apêndices de mecanismos mais fundamentais. Analisar a instituição psiquiátrica sob o ângulo da sua inter-relação entre pacientes e agentes e ao mesmo tempo com um contra poder manifesto pela luta antimanicomial, faz parte de uma proposta de isolar os rituais meticulosos do poder. Esses, por sua vez, são móveis, situando-se em diferentes esferas a cada época. Para Foucault, a história é esse jogo de rituais de poder, que avança de uma esfera de dominação para outra. Não se trata de novidade analisar a esfera do poder na instituição psiquiátrica, contudo **o que essa proposta traz de novo é a inter-relação com um contra poder e também a tentativa de construir uma análise da ação individual dos sujeitos comprometidos.**

Para Foucault as mínimas práticas sociais, localizadas no corpo, estão relacionadas com a máxima organização do poder. Ele ainda mostra de que maneira o

poder se exerce sobre o corpo e através dele a fim de marcá-lo e formá-lo. Uma vez relacionado ao campo político, o corpo é, por sua vez, também relacionado ao campo econômico, pois é também “útil e produtivo” (FOUCAULT, 1991 [1975]). A fim de melhor comandá-los, se faz necessário exercer os mais diferentes modos de “sujeição”. Dessa maneira o corpo só se torna produtivo quando é um “corpo dócil” (FOUCAULT, 1991 [1975]).

Foucault também analisa os modos pelos quais o corpo transformou-se em elemento fundamental das relações de poder na sociedade moderna. Defendeu a existência de um “saber do corpo”, diferente do saber sobre o seu funcionamento mecânico, como uma maneira de controle sobre seu desempenho. A essa análise das interferências entre o saber biológico e o poder moderno, denominou de “tecnologia política do corpo”. O seu interesse pela análise do corpo, na forma como era estudado pela ciência e por “instituições especializadas”, levou-o, mais tarde, a identificar uma poderosa relação entre saber e poder a qual denominou “biopoder”.

Visto pela ótica do biopoder o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial constitui-se uma “luta”, um contra poder tal como entendido por Foucault (1995), tendo sua origem vinculada aos processos de questionamento da assistência psiquiátrica oferecidas aos "doentes mentais" no Brasil, particularmente na Bahia.

Por biopoder, Foucault entende todos os mecanismos de controle social sobre a vida e a morte. Neste sentido, as estatísticas demográficas sobre natalidade, mortalidade, fertilidade e todos os tipos de registros epidemiológicos são instrumentos indispensáveis, mais que isso, cruciais, para o exercício do biopoder. É preciso assinalar que este tipo de poder é caracterizado como um **biopoder** porque se exerce sobre o **corpo**. Assim, o exercício do biopoder com relação ao sofrimento mental se dá através das políticas de controle, das ações de atendimento e assistência aos doentes, através das

práticas divisoras e intervenções sobre o corpo implementadas pelas instituições e através dos discursos oficiais de todos os envolvidos com essa enfermidade.

Essa “tecnologia política do corpo” não se restringe a uma só instituição, tampouco a um único aparelho de poder, como o Estado. A preocupação de Foucault com a análise institucional não implica a instituição em si mesma, mas o desenvolvimento dos mecanismos específicos das tecnologias de poder, com o objetivo de perceber onde esse poder, de fato, se articula com o corpo. Ao estudar o aparecimento e articulação dessas “tecnologias políticas do corpo”, inaugura uma “microfísica do poder” que permite identificar e localizar a articulação entre saber e poder.

O saber, para Foucault, é todo ele perpassado por relações de poder. Saber e poder não são externos um ao outro, ambos operam de forma mutuamente geradora. Entretanto, um não pode ser explicado pelo outro, nem muito menos reduzido ao outro. É importante explicitar o objetivo de sua análise sobre as tecnologias políticas do corpo como uma tentativa de identificação dos diferentes níveis entre o funcionamento biológico do corpo e os “aparelhos institucionais de força” (FOUCAULT, 1995).

Poder, nesse caso, não é considerado como uma posse de um dado grupo em detrimento de outro que não o possui; nem o saber é considerado objetivo ou subjetivo, mas sim “como um componente central na transformação histórica de vários regimes de poder e de verdade” (FOUCAULT, 1995, p.131).

A análise foucaultiana concentra-se justamente nas práticas culturais em que “o poder e o saber se cruzam, e em que nossa compreensão de indivíduo, de sociedade e das ciências humanas é fabricada” (FOUCAULT, 1995, p.134). Ele tenta mostrar de que maneira a verdade é um atributo central do poder moderno.

Foucault afirma que o Estado é uma forma de poder tanto individualizante quanto totalizadora, e que essa “combinação astuciosa” é a razão da sua força. O moderno Estado ocidental, incorporou uma já antiga tecnologia de poder proveniente das instituições cristãs – o poder pastoral, entendido como “princípio que certos indivíduos podem, por sua qualidade religiosa, servir a outros (...) como pastores” (FOUCAULT, 1995, p.237). De acordo com Foucault, podemos considerar o “Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (FOUCAULT, 1995, p.237). Entendendo-se que a forma de “salvação” vislumbrada por este poder pastoral refere-se a “este mundo”, nesse sentido a palavra salvação assume diferentes significados como saúde, bem-estar social, segurança, proteção etc.

Foucault estabelece alguns aspectos que devemos atentar quando fazemos este tipo de análise. Primeiramente, ele chama atenção para o “sistema de diferenciações” sobre as ações institucionais que por sua vez operam sobre as ações dos outros, uma vez que essas diferenciações são ao mesmo tempo condição e efeito. Em segundo lugar, analisa o tipo de objetivos almejados por quem age sobre a ação alheia. Em terceiro lugar, direciona-se para as “modalidades instrumentais”. Em quarto, dirige-se para “as formas de institucionalização”. Por último, preocupa-se com “os graus de racionalização” (FOUCAULT, 1995, p.246).

Este *dispositivo* é, sem dúvida, uma “grade de análise construída pelo historiador. É, porém, também, as práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando” (FOUCAULT, 1995, p.135). O conceito de *dispositivo* é uma tentativa de localizar, compreender e nomear o tipo de inteligibilidade instaurada por um conjunto de práticas coerentes que organizam a realidade social, uma vez que não é recomendável recorrer aos próprios sujeitos ou às regras objetivas que a constituem (FOUCAULT, 1995, p.135).

Em uma compilação de seus últimos seminários, editada postumamente, Foucault escapa da armadilha determinista, segundo a qual as práticas sociais ou o discurso formam os sujeitos, elaborando o que ele mesmo denominou *Hermenêutica do Self* (FOUCAULT, 1993), que constitui na análise do modo como os sujeitos se constroem individualmente.

Foucault estabelece os quatro principais tipos de tecnologias: 1) tecnologias da produção – permitem produzir, transformar ou manipular as coisas; 2) tecnologias dos sistemas de signos – permitem a utilização de signos, sentidos, símbolos e significações; 3) tecnologias de poder – determina a conduta dos indivíduos, submetendo-os a certos tipos de finalidade ou dominação, consiste em uma objetivação do sujeito; 4) tecnologias do *self* – permite aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade (FOUCAULT, 1991, p.48).

Esses quatro tipos de tecnologias atuam conjuntamente sobre os indivíduos, cada uma relacionada a uma modalidade de dominação específica, implicando formas de aprendizagem e modificação do indivíduo, diferenciadas no processo de aquisição de determinadas habilidades e atitudes (FOUCAULT, 1991, p.148). A atenção de Foucault voltou-se para os dois últimos tipos de tecnologias, como tentativa de elaborar uma história da organização do saber referente à dominação e o sujeito. O contato dessas tecnologias dos outros e das tecnologias de si, é o que Foucault chamou de **governabilidade**. Para os propósitos de nossa análise, entendemos a “governabilidade” como “ação biopolítica”.

3.1 Uma trajetória pessoal e política no âmbito do MLAM

As trajetórias pessoais dos usuários ativistas se inscrevem nesse cenário e acompanham essas mudanças: iniciam-se como pacientes clássicos do modelo institucional, de uma prática psiquiátrica tributária do estado autoritário. Num dado momento, por questões pessoais aproximam-se do movimento de MLAM. No caso específico de um deles, essa ruptura positivamente proporcionada pelo MLAM se deu em 1993, à época do 1º. Encontro de Luta Antimanicomial na Bahia quando ele canaliza toda uma trajetória política de “militante de esquerda”.

De um ponto de vista metodológico, é possível postular o modo como as instituições pensam a partir, por um lado, daqueles que a comandam (legisladores, legislações etc.) e por outro, a partir daqueles que são comandados. Nesse sentido, a história de vida de um ativista usuário torna-se paradigmática, funcionando como uma ilustração dessa assunção de um sujeito político atuante, passando da condição de paciente semi-institucionalizado a usuário do sistema de saúde mental, enfatizando o quanto esse discurso antimanicomial foi importante e poderoso para a reconstrução de sua cidadania, a partir do momento em que ele começa a ganhar espaço nas instituições, faculdades, imprensa etc.

É importante também destacar o grau de cidadania que é adquirido por este sujeito. Ele saiu da condição invisível em que vivia por ser mais um portador de doença mental, entrando e saindo de manicômios. Aliás, essa invisibilidade deve até ser relativizada, pois o “doente mental” é bastante visível quando “incomoda” objetivamente aqueles que estão por perto. Antes de entrar para o movimento, era apenas o “malucão”, como era conhecido pelos lugares onde andava. Após sua inserção no Movimento, recupera o nome e sobrenome; passa a ser reconhecido e procurado por

aqueles que se interessam pelo movimento, dando, assim, novo significado a sua experiência de vida. Como tantas outras pessoas (inclusive aquelas que não sofrem de problemas psiquiátricos), ele vive uma vida de exclusão: não tem casa própria, emprego, parceiro sexual. Mora “de favor” num quarto instalado nas dependências do edifício onde reside uma de suas irmãs.

Tudo isso em pouco difere da vida de milhares de brasileiros e brasileiras, que não são assistidos pelas políticas públicas do estado em relação ao cidadão, vivendo, conseqüentemente, em situação de marginalidade social. Entretanto, o que faz dele um sujeito particular é o reconhecimento público e social, que funciona como mecanismo de reabilitação psicossocial (PITTA, 2002). Entretanto, isso não atinge o plano interpessoal de maneira mais imediata. É notável que ele ampliou sua rede de relações sociais, amigos e notoriedade pública e passou a batalhar para que outras pessoas possam compartilhar dessa mesma experiência. A participação num movimento como este é a assunção pública de uma identidade socialmente estigmatizada e por este motivo, muitas pessoas se sentem constrangidas em participar do movimento, pois significaria assumir a condição de usuário de serviços de saúde mental e ter de lidar com os estigmas e rótulos associados.

Antes de seu engajamento na luta, ele sequer conseguia articular uma interpretação que lhe fosse convincente sobre sua própria história de vida. Entendia sua vida até ali como um acúmulo de perdas, como uma experiência de fragmentação.

Atualmente ele é um homem cinquentenário que nasceu no sul do estado. Nunca se casou e sua principal ocupação está ligada ao ativismo político na Luta Antimanicomial, o que tem representado para ele a ruptura com o isolamento que as crises de psicose a ele impuseram desde muito jovem. A timidez é um traço que se mostrou predominante desde muito cedo, acentuando após a perda dos pais ainda na

adolescência. Gostava de futebol e mesmo quando esteve “aprisionado na instituição psiquiátrica”, como ele mesmo definiu, não deixou de praticar.

Em criança estudou em escolas religiosas, fato que o marcou profundamente. Aos dez anos cursava a terceira série do antigo primário, época em que sua mãe morreu. Quinze dias após este fato, foi severamente castigado pelos padres educadores. Foi um castigo coletivo e humilhante.

“Tava no terceiro ano, os padres me botaram de castigo como eu nunca tinha ficado. Teve uma confusão na sala e ele achou que todo mundo tinha culpa e aí prenderam todo mundo. Eu era o melhor aluno da sala⁵, sempre ia pra missa dia de domingo, era uma pessoa tímida, quieta. Quando eu vi prender todos... como é que eu vou chegar em casa e vou dizer que eu fiquei de castigo? Achei um absurdo e fugi. Os padres me pegaram. O padre me viu fugindo da sala, quando me pegou me bateu muito, me violentou muito sabe?!

Eu tinha medo de ir lá pra cima sabe. Destruí uma parte da minha infância ali, e se eu não tivesse mais procurado esse padre minha vida seria outra, mas eu continuei. Eu lembro que no outro dia eu cheguei traumatizado no colégio, depois dessa violência no Colégio. Tinha um seminarista que a gente chamava de padre, padre Vicente, ele olhou pra mim, me chamou assim: ‘não se preocupe que você já vai entender porque que aconteceu isso com você, você é o mais inteligente daqui, você ainda vai ser muito perseguido e perseguido principalmente nos olhos’. Lindo né?

Aí isso ficou em minha vida né, no inconsciente e eles foram no quarto, quinto ano, *eles foram me fragmentando*⁶ sabe, no sentido de mudarem minha caderneta, de tudo. Eles mudarem minha nota. Eu ainda passei o quarto, quinto ano lá, quando entrei na primeira série já tava... era outra pessoa. Eles me destruíram. Eu era uma pessoa frágil sem pai e sem mãe, eles destruíram aquilo lá dentro, foram me botando pra escanteio, quero dizer, me botando no ostracismo, resultado...”

Alguém poderia considerar esse discurso como um relato persecutório. Todavia, não se pode questionar o quão danoso foi viver a experiência do castigo impingida pelos seus superiores. Na narrativa, percebe-se a construção de relações que parecem infundadas ou que poderiam ter pouca importância para uma pessoa que não seja considerada psicótica. Para o narrador, diferentemente, esta é a única maneira de entender o que aconteceu e por que aconteceu justamente com ele. É assim que ele

⁵ Melhor aluno no sentido de disciplinado e obediente às regras do colégio e cumpridor das obrigações morais, religiosas.

⁶ Pode ser a fragmentação da “existência”, da perda de sentido e de uma visão de todo.

constrói um sentido para surgimento da psicose em sua vida: a partir de experiências de fragmentação e de abandono, ou como ele mesmo diz, de ostracismo, de escanteio.

A perda do pai foi outro episódio muito marcante. Estimo que esse fato tenha ocorrido por volta de 1969, momento em que migrou para Salvador em meio a inúmeros conflitos familiares que o envolviam diretamente; seu auto-controle estava novamente ameaçado e ele se tornava cada vez mais frágil, vulnerável. Mas a chegada à capital, à Bahia, a acolhida não foi muito auspiciosa. Matriculou-se num colégio do centro antigo da cidade, colégio este de qualidade duvidosa, uma “fábrica”, como eram conhecidos alguns colégios que facilitavam a aprovação de seus alunos mediante pagamento. Nem ele mesmo nem a família consideravam que ele era capaz de ser aprovado por mérito. Isso só fez crescer o sentimento de inferioridade, que foi se tornar mais intenso após o surgimento dos sintomas da psicose.

Aos treze anos conheceu o abuso de bebidas alcoólicas, fase que durou até mais ou menos quinze anos. Ainda se refere a esse tempo como um “inferno”, superado através do futebol, que considera a “salvação” de sua vida, naquele momento de “brigas terríveis com meu pai, no fim a gente fez as pazes”.

Segundo suas lembranças, o início do seu sofrimento existencial foi em 1969 (um ano mais tarde, em 1970, o Ministério da Saúde criaria a Divisão Especial de Saúde Mental). Nessa época, o fraco desempenho escolar o deixava tenso. “Teve semestre que eu tirei zero, um e meio... Aí, meu Deus do Céu. Um dia eu chego dentro de casa, quando eu ia pegando o revólver pra me suicidar, meu cunhado tinha lá um revólver, eu via o revólver que ele guardava”.

O recurso à religiosidade foi uma das saídas encontradas, para dar vazão à expressão de sua subjetividade. É interessante nesse ponto observar que a legislação sobre atenção em saúde mental não trata desse aspecto em particular, apesar da

preocupação em preservação e direito de expressão das diferenças. A sexualidade dos internos em instituições psiquiátricas também é um assunto tabu. Na entrevista com este ativista isso fica bastante claro. Um dos primeiros sinais de psicose identificado por ele é o fato de não saber lidar com sua sexualidade. Isso aconteceu em 1969, durante a primeira crise.

Ele também se refere à negligência da família por não tê-lo levado a um tratamento com psicólogo. De acordo com os documentos analisados em outra parte desse trabalho, isso coincide com o momento em que a psicologia foi instituída no Brasil como uma ciência normativa. No trecho seguinte, é possível ver outro ponto interessante. Trata-se da questão da inclusão escolar dos usuários de serviços de saúde mental. Os sentimentos de inferioridade se agravam com o fracasso nos estudos, numa sociedade que classifica e atribui valor às pessoas de acordo com seu nível educacional.

Sabe-se que atualmente, de acordo com a LDB, as escolas devem incluir os portadores de deficiência, qualquer deficiência, nas classes destinadas aos estudantes “normais”. Entretanto, nem todas as escolas estão capacitadas a receber os chamados alunos especiais. Relaciono como exemplo minha experiência pessoal, pois tenho uma filha de quatro anos portadora de Síndrome de Down, que vem sendo acompanhada por fisioterapeuta, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional desde o nono dia de nascimento. Quando decidi colocá-la numa escola, enfrentei a primeira batalha. Uma das escolas selecionadas se recusou receber a criança, justificando-se com o fato de ela ainda não andar plenamente. Alegaram que as dificuldades de marcha trariam situações de perigo para ela, uma vez que a escola é construída num terreno bastante acidentado, com muitas escadas nas passagens de um nível a outro. Seria muito difícil eu afirmar que minha filha foi claramente discriminada. Mas recordando agora esse fato à luz das dificuldades encontradas por este ativista é possível pensar na sutileza dessas situações e

na falha de capacitação dos estabelecimentos escolares para lidar com essas questões particulares. Tomando como exemplo as pessoas que são diagnosticadas como psicóticas isso se torna ainda mais delicado, pois as dificuldades são de outra ordem menos visível que o problema de minha filha, que está estampado em seu rosto, corpo, sorriso. No caso deste ativista, as principais diferenças eram comportamentais que se refletiam na integração com os colegas e aprendizagem.

É sabido que de acordo com a Lei Paulo Delgado, as pessoas que apresentam problemas crônicos, como os psicóticos, os esquizofrênicos, os que sofrem de depressão, para usar a nosologia psiquiátrica, devem ser incluídas, quando possível, em classes regulares e compatíveis em termos de faixa etária. Essa determinação é consoante com a LDB. Entretanto, carecem estudos no que se refere à aplicação desse princípio, bem como do acompanhamento das pessoas que se encontram nessa situação.

“Em setenta e quatro, ai fiquei lá [pela vizinhança] querendo ter amizade com as pessoas, todo mundo me negando. Fui ficando dentro de casa, fui ficando dentro de casa, fui ficando dentro de casa [...]. Minha mente estava partida que tinha tomado choque, como é que eu ia tomar conta de uma casa e a vergonha. Todo dia de manhã eu acordava e ia rezar, pedia a Buda, pedia a São Francisco do Espírito Santo, pedia ao espírito de Cristo, de Jesus, rezava. Resultado, um dia eu fugi, não agüentei e fugi, fui pra Ilhéus, cheguei em Ilhéus foi um inferno, me mataram! [diziam] ‘você não quer nada, você é um vagabundo, te deram oportunidade...’ Aí volta pra Itajuípe, quando eu cheguei em Itajuípe meu irmão deu um escândalo tão grande, sabe, tão grande! Voltei a pé de Itajuípe e antes de Itajuípe pra Itabuna, em Itabuna eu peguei uma carona e vim pra cá. Mas meu sonho é voltar em Itajuípe e dar um depoimento lá em Itajuípe, recuperar meus amigos, sabe como é eu é, esses de chegar na padaria [que me chamavam] de ‘louco, maconheiro’, que era aqui em Itajuípe, me botaram pra fora de Itajuípe, meu irmão tava sem força né, tinha mais (...) quer dizer, me botaram pra fora, quer dizer uns caras desse quero nem chamar de filho da puta... é triste, deprimente”.

Mas não é somente no que se refere aos estudos que se dá essa fragmentação. Pouco mais adiante, ele traz à tona outra dimensão dessa experiência no que se refere às relações pessoais e aceitação social: “eu atrás assim da galera alegre e o pessoal assim

olhando, sabe como é, com desprezo: ‘sai daqui, rapaz’. Eu fiquei tão, me deu uma depressão tão grande, me deu vontade de me...”. Nos intervalos das internações, morou em várias cidades:

“morei em Belo Horizonte, ainda tive em Belém do Pará, ainda tive em Belém... Santos a Belém do Pará, tive em Campinas, Belo Horizonte então eu fugi do hospital psiquiátrico, foi minha sorte, tá entendendo, eu passei desse período. Voltei para morar com a família que tinha, uma irmã. Eu tive aqui em Salvador duas vezes e voltei. Fugi da psiquiatria, foi minha sorte, fugi da psiquiatria ainda em 77. Eu ainda voltei pra esse psiquiatria, ainda tomei uns remédios sabe (...) foi a maior frustração da minha vida ele ter me chamado de psicótico esdrúxulo. Eu voltei, tive uma divergência com ele [com o psiquiatra] que eu não tava pagando a ele aí eu não fui mais, e eu fiquei esse período praticamente sem psiquiatra, é bom sabe, eu mesmo pensei em tomar remédio sabe. Fui por conta própria, que tem problema só porque se você chegar num hospital psiquiátrico e quando você está sozinho, você entra e vai internado, só é dizer que tá com problema, problema de que... a indústria da loucura.

Fiquei lá, minha irmã mandou me buscar, com dois dias eu voltei. Depois voltei novamente, passei oito dias. Me botaram pra fora, me botaram pra fora, me deram uma passagem de lá que eu fui parar no Rio de Janeiro, porque eu queria ir pro Rio Grande, eu invoquei, eu menti pra ele dizendo que tinha parente no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e que nada eu queria era ir pro Rio Grande do Sul, e eu de ser louco. Sai do hospital cheio de Ampectil, ficava rodando ali, loucura e irresponsabilidade do sistema também, do sistema, da família, (...) do trabalho. Resultado eu tive lá, me piquei pra o Rio. No Rio eu chequei, ele disse: ‘você vai conseguir na Igreja uma passagem pra ir pro Rio Grande do Sul’.

Na segunda-feira, eu fui lá buscar a passagem ele disse que não dava, que não tinha passagem, aí voltou, rapaz, eu dei tanto que você imagina, esse irmão eu não gosto nem de me lembrar dele, uma coisa tão triste, sabe o que aconteceu, eu louco, dentro de casa impregnado ficava rodando assim sem ter motivo que não sabia né o que tinha que tomar, todo duro assim, eu de cabeça raspada, que eu vi que ele não queria me dar a passagem, ele disse ‘não quero saber’, aí a sogra dele veio que ela ficou com pena, me deu a passagem e eu voltei pra Ilhéus, você sabe que no meio do caminho eu me senti tão mal, todo mundo preocupado pra eu não me impregnar, eu tive que parar no meio do caminho, tomar injeção no hospital.

Agora, eu tive em Conquista e pequei meu prontuário, coisa que não tem nada a ver, pra *você vê como Conquista me botou na luta*. Depois eu falei na Câmara, o secretário gostou de mim, eu fiquei lá até para falar na rádio, fui aplaudidíssimo em Conquista. Voltei em Conquista como cidadão, você vê o que é a vida”.

O homem há 200 anos criou isso. Quantos milhões de pessoas uma hora dessa estão fragmentadas, doentes, em todas as classes sociais, uma hora dessa, dentro de casa, dopado. A luta é fundamental. Engraçado, vou falar como é que vai fazer 10 anos agora em setembro.

Eu estava fazendo análise, procurando fazer análise lá no Iguatemi que se chama, aquela parte do “Iguatemi” que se chamava o Departamento

de Psicologia da UFBA. Aí eu fui lá, aí um dia eu estou lá, aí encontro assim na parede ‘encontro da luta anti-manicomial na Bahia’. Aí eu disse ‘minha vida está salva, eu não preciso mais de vocês’.

Tá entendendo como é que é? Deu um desbunde mesmo, e me piquei, liguei logo lá pra... conheci logo alguém lá, disse. Conheci uma mulher logo lá, e depois liguei para Marcos Vinicius. Aí disseram assim, ‘pode vir’, era em Piatã. Eu me piquei para Piatã, isso foi 23 pra 24 de setembro, quando cheguei lá em Piatã, rapaz, gente pra caralho de outros países, eu comecei a conversar. Naquele tempo eu falava sobre as minhas loucuras, já era outra discussão, falava da violência da psiquiatria na Bahia, eu já fui violentado, já tomei choque, aí outros, minha mente era partida em outro nível. Aí comecei, tornei, participei, me inscrevi. tinha horas que eu me segurava aqui, e dizia ‘eu não tô acreditando, não tô acreditando’, já pensou você passar 20 anos violentado pela psiquiatria, tinha esse movimento....Que acolhia?!

Depois desse primeiro encontro, ele começou a freqüentar as reuniões no Conselho de Psicologia, sendo convidado para participar de um encontro de usuários e familiares em Santos, cuja viagem foi custeada pela venda de camisetas. Uma das diretrizes do MLAM em relação ao usuário é fazê-lo participar de maneira produtiva, inclusive para se resgatar a participação efetiva no mercado de trabalho. Sua primeira grande experiência de inclusão foi ter participado da elaboração da Carta de Direitos dos Usuários. O próximo passo foi a fundação aqui na Bahia do Movimento de Usuários em Saúde Mental (MOUSM).

Num primeiro momento, o MLAM consistia num espaço de desabafo, as reuniões, os encontros, eram marcados pelos depoimentos emocionados sobre as torturas e indignidades vividas nas instituições psiquiátricas. Como disse este ativista, era “o espaço que a gente tinha para denunciar. Depois a gente avançou, até brigou com, já tá em outros processos, nêgo já brigou com o poder. Houve uma evolução no movimento. Eram encontros fantásticos, brigas também homéricas dentro da luta, isso era uma briga, um movimento, não é?” A visão dele sobre o que é um movimento é bastante interessante. No caso do MLAM para os ativistas usuários a questão política não era, a princípio, a mais importante. Ou melhor, a questão política emergia dos relatos emocionais das pessoas sobre as experiências vividas no manicômio. Essas

denúncias eram os motivos para o movimento existir. Outro ponto interessante é quando ele diz que o movimento evoluiu, quando surgiram as brigas internas, isto é, a briga interna constitui o principal elemento de mobilidade, ou seja, movimento como ele mesmo destaca. A briga interna é o elemento democrático. Para ele, uma pessoa diagnosticada como psicótica isso é muito importante, pois o ensinou a negociar opiniões, o que o ajuda a controlar as emoções, o comportamento que tende à paranóia. O MLAM o ajuda a emergir como “novo sujeito social”, isto é, como um sujeito político que conquista sua cidadania, também representa um espaço terapêutico e de sociabilidade e de troca de experiências. No trecho abaixo isso fica mais evidente:

“É uma coisa fantástica, eu sonhei com uma coisa fantástica, há uma interação, a cidadania que é recuperada, cada um em um nível. Não pense que só são as pessoas mais intelectuais não, são pessoas humildes que precisavam de um centro de convivência, saíram, eu conheço pessoas, senhores que vieram por esse Brasil todo, defendendo a luta antimanicomial, por que? Porque viram um filho sofrendo dentro de um manicômio.

Então nós denunciemos a violência no manicômio, porque ninguém podia dizer que era mentira, sabe como é, processaram Carrano de sacanagem, como podem me processar, mas não podem negar que me deram choque elétrico. Então, essas denúncias começaram a surgir no Brasil, e aqui na Bahia, nós sabíamos que era o lugar mais difícil que tem no mundo. Porque aqui além da ditadura de ACM, tem o dono do hospital psiquiátrico que tem 3 hospitais psiquiátricos, já fechou um, por problemas táticos. Esses “cardeais”, esse pessoal vive aí fanfando, eles não estavam nem aí.

Aí começou [o intelectual orgânico], aí a gente tem que considerar o título de cidadão baiano a ele, porque ele foi o grande questionador e teve a grande capacidade de trazer a luta anti-manicomial para a Bahia, e ser um intelectual, o mentor intelectual com experiência de vida intelectualmente rica. Também tem [assistente social] a experiência dela é fantástica, a minha experiência de vida também, quando eu digo o manicômio é isso é isso.

Quer dizer, como era o manicômio na época da ditadura, você entrava lá, passava 15 dias sem ver a família, olha que loucura, 15 dias sem ver a família, via um médico, de 8 em 8 dias em 5 minutos. Não tinha psiquiatra, não tinha psicólogos, não tinha assistente social, quer dizer, só tinha psiquiatra, mas mesmo o psiquiatra era uma violência.

Então na Bahia era (...), então o que foi que a gente propôs, a gente propôs primeiro uma coisa, discutir e se fez um projeto de lei que está na Câmara Estadual, que foi de Guilherme Menezes, esse projeto do PT, que é vereador, prefeito do PT de Vitória. Então até hoje esse projeto não passou porque é da esquerda.

Agora tem que ter muito cuidado porque esse CAPS pode virar um manicômio, é onde você vai ter uma autonomia, onde você vai ser um sujeito social, eu digo assim, o louco que passa pela luta antimanicomial, é o novo sujeito mesmo... Que vai disciplinar a família, a associação, participar e questionar. Participar até como a gente participa aqui na Bahia, da Comissão de Reforma Psiquiátrica e do Conselho Municipal de Saúde, com companheiros.”

No longo trecho acima, vale notar que ele tem a clara dimensão da importância política e social do movimento, da sua condição privilegiada de discurso legitimador da luta. Isto se vê em dois trechos: “podem me processar mas não podem negar que me deram choque elétrico”. Essa memória traumática não pode ser negada justamente porque fazia parte das prescrições terapêuticas da psiquiatria; consistia parte do discurso oficial da psiquiatria, prática esta baseada numa violência que se dizia necessária para conter o comportamento violento do louco, docilizando-o. Mais adiante, ele destaca novamente a força que tem seu discurso, o efeito legitimador: “a minha experiência de vida também, quando eu digo o manicômio é isso é isso”. Tem clara noção do papel de cada um que compõe o movimento: do ativista intelectual, do ativista que lida diariamente como trabalhador da saúde mental, do ativista usuário, que é aquele que informa e mais que isso não deixa esquecer, através do depoimento constante, os motivos da luta: os manicômios não são espaços de terapia, são espaços de exclusão e perpetração da violência. Como diria Foucault, o manicômio é a expressão máxima do biopoder, onde a segregação social, o encarceramento, é a demonstração clara do poder do estado sobre o corpo do cidadão; e os tratamentos ali praticados, tais como o eletrochoque, o garrote e o uso de camisa de força são chamados de terapia baseada na imposição de um regime disciplinar sobre os “rebeldes”, submetendo-os, fazendo-os obedecer.

Há ainda mais dois aspectos importantes neste trecho. Primeiro, as dificuldades locais para consolidação da reforma são de ordem política e ideológica e não apenas de

ordem médica. Já se falou neste texto sobre a necessidade de alterar o modo como a loucura é ensinada nas universidades, a partir de uma ótica não manicomial. Contudo, esta não é a única questão que dificulta e atrasa a reforma no estado. Não se trata tão somente de um problema médico. Trata-se antes de tudo de um problema político, fato este que a entrevista com este ativista esclareceu, através do entendimento sobre as alianças entre as políticas médicas no âmbito das políticas partidárias, e do envolvimento dos gestores da saúde com as esferas do poder governamental. Por este motivo o papel do movimento é de exercer o controle social; é preciso estar alerta para que os CAPS não venham a se tornar manicômios em menor escala. Como se trata de serviços públicos, pode-se minimamente garantir de que não irão alimentar a indústria da loucura, tal como aconteceu no passado com os manicômios, onde o maior número de leitos estava concentrado em instituições privadas, subsidiadas pelo estado.

Por fim, o MLAM e o MOUSM representam espaços de acolhimento para portadores e familiares. Sabe-se que as pessoas que vivem experiências radicais precisam do contato com outras em situação semelhante para se sentir compreendidas, emocional e socialmente aceitas. Enquanto escrevo isto penso na minha própria experiência. Participo de um grupo de pais ativistas em favor da inclusão social de portadores de Síndrome de Down. O contato com pessoas que estão numa situação semelhante à minha e da minha filha tem sido muito importante. Quando a anomalia genética foi identificada, no sétimo mês de gestação, o suporte e acolhimento que recebi dos pais ativistas foram fundamentais para que eu pudesse me fortalecer num momento tão difícil. O espaço de participação política foi o que me garantiu um lugar no mundo e diluiu o sentimento de segregação, através das ações afirmativas sobre essa condição diferenciada.

O atendimento em serviço aberto deve cumprir este papel, o de promover ações afirmativas que sirvam de suporte emocional para a pessoa após a crise. Em outro trecho da entrevista o ativista dá destaque a esta questão: “porque olhe bem, no manicômio, você entra lá e passa 90 dias. Tá no surto, quando passa do surto não tem mais trabalho com você. Aqui na Bahia, então depende do trabalho de cada pessoa. Aí você vai para o Osvaldo Camargo, fica recebendo remédio lá, isso é loucura cara, isso é indústria da loucura, sabe, então tem que haver um centro, onde você está de noite e tiver que ligar pro psiquiatra, ligue”. Além disso, é preciso haver suporte social e emocional para a família, “no sentido de entender a loucura e se é possível a loucura conviver e se curar”. Acrescenta que “os familiares tiveram uma grande receptividade principalmente a população de baixa renda. Então ninguém quer que o filho sofra, por mais inimigo que fosse, quem é que gosta de ver, porque quando pega é pior. Agora quem é que quer ter um filho dentro de casa... aí começa a briga, bota pra fora”. A legislação veio para garantir a proteção ao usuário, por exemplo, proibindo a internação não autorizada, para coibir este tipo de violência praticada pelas famílias: a de internar uma pessoa contra a vontade dela. Por outro lado, a legislação não pode interferir nas dinâmicas familiares diretamente, obrigando uma família a dar proteção ao parente mentalmente afetado. Justamente por causa disso, é preciso fazer com que os serviços prestem acolhimento à família para que não seja penalizada. A luta antimanicomial é de natureza política; é de natureza econômica; é de natureza emocional e terapêutica.

“Pois é, o processo é esse, não existe legislação, sabe quanto o governo gasta por ano com internação psiquiátrica sem necessidade? Quinhentos milhões. A maioria, já se fez pesquisas, não tem necessidade. Aqui na Bahia o cara tem um problema e vai para o manicômio, entendeu como é que é, tem que haver uma rede, uma rede de intervenção na sociedade onde haja... É isso, existe, é anti-manicomial no sentido de acabar, é anti-manicomialismo, parar com esse lobby com a loucura, entendeu. E agora, todo os países do mundo questionaram a loucura. Aí é um problema político o projeto de lei até hoje não foi aprovado. Já pensou a pessoa ter uma crise lá no oeste da Bahia e ir de lá para o Juliano

Moreira, passa 90 dias e volta. A luta antimanicomial representa um ‘outro olhar sobre a loucura’, da saúde mental, como é que vai inserir, então, como se dá a intenção, né. É simples e é complexo. Complexa porque no sonho da gente, no meu sonho, eu falando assim, isso já poderia ser implementado. Mas é preciso, então, despsiquiatrizar a sociedade”.

O que ele chama de despsiquiatrização pode ser entendido como a ruptura dos estigmas associados à loucura que dificultam a inserção social da pessoa considerada louca. Isso fica bastante claro quando ele relata sua experiência pessoal e do que representou a participação política em sua vida, a reconstrução de redes de amizade, a reinserção em espaços sociais, ser respeitado por outras pessoas.

“Vou dar meu depoimento. Quando eu entrei na luta, tem o lado também forte da luta, quando eu entrei na luta anti-manicomial, eu cheguei aqui em Salvador dando depoimento, né, e tinha um senhor que toda hora ‘oh baiano, eu quero conversar com você’, tá tudo bem. Chegou em Santos ‘ah, eu quero conversar com você’, ele e um companheiro. Quando eu acabei de dar um depoimento na plenária da luta, eu digo ‘porra, conclamei meus companheiros’. Claro, claro, você, por exemplo, faz parte das minhas amizades. Tô dizendo a você, eu tive uma briga dentro de casa quarta-feira de noite, me tranquei dentro do quarto e saí ontem, que eu digo ‘vou ligar para Roca para me encontra com ela’, então eu sou isso. Como é que você pode negar um movimento que te deu milhares de oportunidades de ser gente?! Problemas têm, problemas existem, mas hoje sou convidado a escrever como poeta, como militante dos direitos humanos, que é pra ver a discussão da luta, da loucura. É por isso que eu vou bem vestido, falo bem, me explico bem, pra nego não ficar fazendo folclore, me respeitar. Aqui, eu tenho um bocado de erro, agora tenho o respeito das pessoas. Do lado de lá não [no manicômio], esta é a maior glória da minha vida, já ter levado o movimento da luta antimanicomial sabe para onde? Para fora das entidades de direitos humanos, a maior glória da minha vida é a gente, o movimento antimanicomial ter invadido o manicômio... Através do movimento, eu consigo me criar como outra pessoa, que é forte, que é valentíssimo, não tem medo de nada, é um revolucionário, não tem medo de nada. Eu não tenho medo, porque o maior medo que a gente tem é... se eu fui lá do outro lado da loucura, não tenho medo de enlouquecer, pronto, eu fui do lado de lá e voltei. Então não tenho mais medo, porque tem hora que você tem um certo receio de ser torturado, né, mas medo acabou, a vida está aí. Caminhar, criar uma nova era, porque o que eu estou discutindo é o que a humanidade está precisando, é ou não é? Você tá vendo como o movimento pode bulir com a cabeça de um louco, no sentido positivo?”

O depoimento deste ativista é de fato emocionante, seja lido, seja ouvido, seja presenciado. Durante a entrevista, ele se manteve bastante inquieto, gesticulava, andava de um lado para outro, perguntava-me sobre a hora de comer. Por outro lado, a despeito da inquietação física, sua fala é muito bem articulada, seu discurso é poderoso, inteligente, e constitui a melhor evidência de que o louco pode desempenhar muito bem vários papéis e de que a prática manicomial impediu de florescer. Fico a pensar sobre quantas pessoas tão inteligentes quanto este ativista foram impedidas de viver com dignidade e respeito por causa dos estigmas associados ao tratamento manicomial, que se impregna na vida das pessoas como uma marca que não se pode apagar. Nesse sentido, este ativista sabe disso, sabe por experiência própria. Como ele mesmo disse, através do movimento ele pôde se recriar enquanto pessoa, pôde encontrar um lugar no mundo.

3.2. Articulação no campo da saúde e o Movimento da Luta Antimanicomial Brasileiro

“Acho que estamos dando os primeiros passos jurídicos para conquistarmos os ‘Direitos Constitucionais de sermos Indenizados’, nós esquecidos, nós confinados, nós mortos, nós torturados, nós as cobaias dentro do sistema cruel, criminoso, que se implantou há mais de um século, nas casas de extermínios, os hospícios brasileiros.”
(Austragéliso Carrano s/d)

Na década de 1980 a sociedade brasileira testemunha o nascimento de mais um movimento social que viria a fazer história pelas duas décadas seguintes. A trajetória desse movimento será objeto de análise do presente sub-capítulo. Antes, é preciso mostrar um pouco do percurso histórico-político desse movimento.

No Brasil, a situação de total desintegração dos serviços públicos, com ênfase para a saúde, foi instaurada por um governo autoritário que comandou o país a partir de 1964. Em meados da década de 1970, os setores da sociedade civil que fizeram oposição a esse regime de ditadura não tinham possibilidade de expressão. Muitos líderes sociais e ativistas estavam na clandestinidade e ou no exílio, o que facilitava a ação das políticas de governo contrárias aos movimentos sociais.

Com a abertura política que teve início na década de 1980, o ativismo no Brasil voltou a ter sua condição histórica de possibilidade. Depois de quinze anos de perseguições às lideranças políticas e civis, vislumbrou-se a possibilidade de uma reorganização da sociedade civil, possibilitada, em grande medida, pelo retorno de alguns ativistas exilados. Essas condições de possibilidade propiciarão a emergência de organizações e ativismos nos mais diferentes campos. Um desses campos foi o da luta pela igualdade nos direitos civis de homossexuais, negros, mulheres etc. As lutas desses ativismos emergentes foram capitalizadas em termos de identidades sexuais divergentes, negros, soropositivos, mulheres, usuários dos serviços de saúde, direitos humanos e

cidadania (PARKER, 1994). Para Teixeira (1997), os movimentos sociais surgem para preencher a lacuna deixada por um Estado que não responde adequadamente às demandas sociais, principalmente das camadas mais pobres.

É interessante analisar o surgimento de práticas ativistas como advindas desse espaço deixado pelas instâncias do governo, assim como pelo cenário que se delineou com a política de abertura.

É preciso que situemos o Brasil como um país reconhecidamente diverso e contraditório, especialmente no que se refere aos aspectos econômicos e sociais. Nas duas últimas décadas essas diferenças foram acirradas, principalmente pela ação do governo autoritário instaurado em 1964, culminando em uma enorme desintegração dos sistemas de saúde pública e bem estar social.

O período de “abertura”, durante o final dos anos Setenta e início dos anos Oitenta, foi o momento de ações sociais e políticas extensivas no Brasil. Lutas feministas, de negros e movimentos por identidades homossexuais, ganharam espaço nesse momento dentro dos movimentos populares. O cenário político e social do país proporcionou o surgimento dessas diversas organizações da sociedade civil, com os mais distintos objetivos. Utilizo o termo sociedade civil por julgá-lo amplo o suficiente a ponto de dar conta das relações dos indivíduos entre si, entre os indivíduos e as comunidades, uma visão da sociedade como organizada ou não e a delimitação do que é público e privado. Nesse contexto estou me referindo às organizações que são parte formadoras da estrutura do governo (BROWN, 1997, p.21).

Esses movimentos, cujos líderes foram, na sua maioria, ativistas contra a ditadura, serviram para alargar o espaço da sociedade civil. No vazio deixado pelas instâncias governamentais e com a reorganização dessa sociedade civil, as ONGs iniciaram seu período de maior atuação. Herbert de Souza argumenta que a origem

dessas organizações foi claramente a oposição ao autoritarismo do Estado. Localizando o surgimento dessas organizações entre os anos Sessenta e Oitenta, relaciona-o a movimentos de base comunitária, facções progressistas da Igreja Católica, associações de trabalho e toda a sorte de movimentos sociais. Suas atuações ocorrerão principalmente nas áreas da saúde, educação e direitos.

O Movimento de Luta Antimanicomial surgiu como consequência desse processo mais amplo de crítica à situação de atendimento em saúde mental, e teve inspiração em movimentos internacionais, a exemplo da experiência de Trieste (BASAGLIA, 1985). Os atores sociais engajados nesse movimento criticavam, de modo contundente, os inúmeros processos de reforma das instituições psiquiátricas que visaram somente pequenas mudanças e inovações na racionalidade administrativa. Não reconheciam, assim, que até aquele momento tivesse havido de fato alguma mudança significativa que resultasse em melhoria nas condições de atendimento e reabilitação do portador de problemas psiquiátricos. Uma das perguntas que sempre acompanha o MLAM, por onde quer que se vá, diz respeito à suspeita de que seu objetivo maior seria a extinção dos manicômios e a aceitação da loucura como um modo diferenciado de simbolizar e representar a vida. O que, em certo sentido, se assemelharia à ideologia antipsiquiátrica de Cooper (1989 [1967] e Laing (1964).

Assim é que perguntamos que outros objetivos teria esse movimento e quais suas propostas para atingi-los? Um dos objetivos deste capítulo é justamente fazer uma análise diacrônica que nos permita descrever, interpretar e analisar esse processo, de modo a elucidar estas questões.

Desde os anos 1970, profissionais da Saúde Mental passaram a discutir criticamente questões relativas à loucura e a assistência prestada, bem como suas condições de trabalho nas instituições manicomiais. Paralelamente, os debates e

denúncias sobre as condições sub-humanas de vida dos pacientes internados em grandes manicômios de vários pontos do Brasil ganham repercussão nacional. No contexto destas problematizações, o MLAM ganha destaque no cenário nacional e “obriga”, de um certo modo, o governo a assumir o compromisso com a proposta de reforma psiquiátrica.

A excessiva privatização da assistência em saúde mental será outro ponto de críticas desenvolvidas pelo MLAM. Outras críticas são direcionadas às reformas psiquiátricas anteriores, pois se limitaram à “humanizar o hospital psiquiátrico” ou “à sua complementação por outros equipamentos, como ambulatórios, hospitais-dia etc”. Nesse sentido, a continuidade do hospital psiquiátrico como referência para o tratamento de transtornos mentais, perpetua a mesma lógica excludente que se assenta no mito da periculosidade do louco e na sua permanente incapacidade de autogoverno.

Em 1987, os trabalhadores de Saúde Mental realizam a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, São Paulo. Inspirados pelas denúncias dos absurdos que ocorriam nos manicômios, bem como pelas precárias condições de trabalho que eram submetidos os profissionais de saúde, deram encaminhamento a uma discussão política com possibilidade de intervenção social no campo da saúde mental. O cenário político redemocratizante que se instaurara no Brasil desde o princípio dos anos 1980, com o fim do governo militar e amplo processo de abertura política, fornecem as condições históricas de emergência que resultaram no surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial.

Para entender esse processo político no campo da saúde é necessário também que façamos referência à reforma sanitária, às resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1987; à Constituição Brasileira de 1988; e à Lei Orgânica 8080, de 1992.

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

Em 1989 é apresentado à Câmara Legislativa o projeto de Lei Paulo Delgado. A proposta do projeto de lei é a extinção progressiva do hospital psiquiátrico e sua substituição por um outro modelo de assistência. Essa proposta visa também regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Todos esses fatos contribuíram para fortalecer as discussões sobre a reforma psiquiátrica, além de estabelecer o fundamento legal para o Movimento da Luta Antimanicomial.

No ano de 1989, a cidade de Santos era governada por frentes democráticas e populares o que possibilitou novas experiências políticas, especificamente no campo da Saúde Mental. Como uma das medidas desta nova política, a prefeitura petista fechou o hospital Anchieta que na época contava com cerca de 500 internos, estabelecendo-se como a primeira cidade do país a promover a reforma psiquiátrica. A criação do NAPS foi um marco para a história do movimento.

As funções desempenhadas pelo MLAM podem ser resumidamente caracterizadas como: oferecer apoio para realização dos Encontros Nacionais de Entidades de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; eleger representantes para a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (nova denominação Comissão Nacional de Saúde Mental) que é vinculada ao Conselho Nacional de Saúde; ser agente multiplicador de projetos de Saúde Mental nos diversos municípios brasileiros; intervir pela defesa de cidadania dos portadores de transtorno mental frente as diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica.

O MLAM está organizado como uma rede, que reúne núcleos espalhados pelo país coordenados por uma secretaria executiva, através de plenárias semestrais e encontros nacionais bianuais como instância deliberativa máxima. Atualmente, cabe ao núcleo do Rio de Janeiro a captação de recursos, ao Ceará a responsabilidade pela comunicação, São Paulo encarrega-se da organização dos encontros. A cada novo

encontro, os núcleos se revezam nestas atribuições. O próximo encontro previsto será em 2004, rompendo a tradição bianual. Prevê-se que aconteça na cidade de São Paulo por ocasião do dia 18 de maio, data símbolo do movimento.

De acordo com os princípios gerais, a Luta Antimanicomial não está filiada a qualquer partido político, portanto é autônoma em relação às quaisquer administrações. Seu único compromisso é com a luta política por mudanças sociais. O que legitima e fortalece esse movimento é a presença massiva de usuários, entretanto na seção Bahia ainda é pequeno o número de usuários ativistas. Para Castro (s.d.) “cada movimento social trabalha com materialidades de relações sociais, históricas de opressões e linguagens de subversão próprias, esta é uma das riquezas e também um desafio, como defender identidades, reconhecer alteridades, fazer pontes entre movimentos”. Nesse sentido é possível afirmar que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial consolidou-se como movimento social.

Outro momento marcante da história do movimento foi a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em julho de 1987, cujo lema era "Por uma Sociedade sem Manicômios!". Em dezembro desse mesmo ano, na cidade de Bauru, estado de São Paulo, outro evento reuniu pessoas em torno da mesma problemática, que trazia como principal bandeira a extinção dos manicômios e sua total substituição por outras formas de assistência institucional, mais eficazes e que pudessem garantir a cidadania e a liberdade dos Usuários.

Foi assim que esta luta pouco a pouco ganha as ruas, tornando visível à sociedade mais ampla o que acontece atrás dos muros das instituições, tirando a venda dos olhos daqueles que não se interessavam ou não tinham qualquer conhecimento sobre o assunto. Isso também exigiu nova postura dos profissionais de saúde, que agora deveriam se articular em torno de um objetivo comum e estar dispostos a enfrentar,

enquanto categoria profissional todo o aparato psiquiátrico, tanto do ponto de vista médico (técnico), quanto do ponto de vista econômico, representado pela Federação Brasileira dos Hospitais - FBH.

Outro aspecto importante no histórico do MLAM, é constituído pelos encontros nacionais que promoveram a partir da década de 1990. Assim é que em 1993, aconteceu em Salvador o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, com cerca de 480 participantes. Esse encontro foi importante, pois estabeleceu as definições necessárias para a continuidade e o avanço do movimento.

O II Encontro Nacional aconteceu em 1995, em Belo Horizonte, com o tema geral “Exclusão e Cidadania”. O evento contou com 750 participantes de 16 Estados, entre eles 250 usuários e 60 familiares de usuários. Foram discutidas formas de organização e identidade do movimento, com destaque para os debates em torno do atendimento público e privado.

Em 1997, aconteceu o III Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, na cidade de Porto Alegre, com mais de um mil participantes, sendo a maioria de usuários e familiares. Em 1999, foi a vez do IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Paripueira, Alagoas. Também foram eleitos os representantes na Comissão Nacional de Saúde Mental. Por consenso a vaga foi preenchida por técnicos, já que os usuários e familiares estavam contemplados. Ainda foram traçadas estratégias de luta para a aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado/Substitutivo Sebastião Rocha e discutida a convocação e preparação do próximo Encontro de Usuários e Familiares, que aconteceu na Bahia em 2000.

Em 2001, foi realizado o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, na cidade de Miguel Pereira, no Rio de Janeiro. Durante este encontro foi perceptível algumas disputas internas entre ativistas de Fortaleza, segundo um

militante, “queriam ficar com o movimento pra eles, não queriam mais discutir as coisas”. No mês de novembro do ano de 2002 em Belo Horizonte, teve um encontro “fechado” somente para a cúpula do MLAM, inclusive foi vetada minha participação na condição de pesquisadora. Foi um encontro fechado onde se começou a discutir novas estratégias de organização e autonomia através da formação de núcleos estaduais mais autônomos, que se responsabilizariam pela construção de uma rede com poderes de deliberar determinadas ações locais. O fato de o encontro ter sido “fechado” a pessoas externas ao movimento foi uma estratégia de ação voltada ao fortalecimento interno do MLAM e como falou um ativista “você não vai abrir assim, para pessoas que você não confia.”

No ano de 2001, a aprovação da lei Paulo Delgado pelo Congresso após 12 anos de tramitação, representou a principal conquista do MLAM e inspirou o surgimento de leis federais, estaduais e portarias que resultaram na extinção de 60 mil leitos, num período de 15 anos. Foram também criadas Comissões de Reforma no Sistema Único de Saúde (SUS) nos três níveis: nacional, estadual e municipal (respectivamente), contando com representantes da sociedade, inclusive o MLAM. O poder de decisão é dividido de maneira igualitária entre MLAM, a sociedade organizada e o Poder Executivo.

Mesmo após a aprovação da lei nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado), continuam como objetivos a serem alcançados a mudança no código civil e penal e as leis estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica. São também objetivos da atual reforma psiquiátrica: a aquisição de cidadania pelo portador de transtorno enquanto sujeito de direitos; a efetiva formação de recursos humanos de acordo com as propostas da reforma psiquiátrica (formação de equipes multidisciplinares); a viabilização financeira, por parte do poder público, dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional; a criação de dispositivos de inserção social e

econômica capazes de gerar renda aos usuários, como as cooperativas sociais; ampliação da rede de cuidados clínicos e de suporte psicossocial: NAPS, CAPS, CAISMENTAL, serviços residenciais terapêuticos, entre outros; por fim a formação de uma rede de fiscalização e denúncia de atos de violência contra usuários, familiares e trabalhadores.

Apesar dessa discussão sobre a reforma ter se iniciado na Bahia, ainda nos anos 1970, seus desdobramentos foram pouco significativos, quando se compara com a situação atual em outras unidades da federação. Desta forma, o presente estudo buscou entender os motivos envolvidos nessa longa tramitação da lei municipal, que espera sua apreciação e aprovação na Câmara de Vereadores da cidade do Salvador há mais de cinco anos. Considerando a morosidade da construção de dispositivos legais que viabilizem a reforma em Salvador e no Estado da Bahia, interessei-me por identificar as mudanças ocorridas na prática de atenção em saúde mental na Bahia, bem como os principais entraves ao avanço desse processo, considerando que as condições locais são parte importante para a constituição das lutas sociais.

IV – Poderes e Contra-poderes numa arena discursiva

O objetivo do presente capítulo é apresentar minha leitura sobre as narrativas dos atores sociais coletadas através de entrevistas e registro de plenárias, conferências e seminários. Para tanto, inicio com o diálogo travado nas plenárias realizadas na Câmara Municipal de Salvador.

Desde o ano 2000, tenho acompanhado as sessões plenárias extraordinárias realizadas pela Câmara de Vereadores do Salvador, em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Para caracterizar a dinâmica destes discursos, selecionei as transcrições das falas destas ocasiões nas quais estive presente. As descrições que se seguem são fruto do conjunto de minhas observações ao longo desse tempo e não correspondem a uma sessão específica.

Com o intuito de tornar clara a compreensão desta análise, defino as siglas das instituições que protagonizam esse diálogo:

MOUSM – Movimento de Usuários de Saúde Mental. Grupo formado por ex-pacientes do sistema psiquiátrico, familiares, amigos e alguns estudantes universitários que lidam com a loucura e são simpatizantes do MLAM. Esta é a instância legitimadora do MLAM.

NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Grupo formado por profissionais (psicólogos, assistentes sociais) e alguns estudantes universitários que trabalham ou que simplesmente se interessam de uma maneira mais próxima pelas questões relativas à loucura e a sua circunscrição ao manicômio. É conhecido nacionalmente como a instância orgânica do MLAM, aqui eu adicionaria Intelectual-Orgânica. Juntamente com o MOUSM compõem o MLAM. Podendo-se afirmar que o NESM representa a instância intelectual-orgânica do MLAM.

GESAM - Grupo de Estudos em Saúde Mental. É uma instância dentro da Secretaria de Saúde do Estado, formado por técnicos que tem a responsabilidade de analisar a situação, fiscalizar a assistência no intuito de impulsionar avanços e melhoria na qualidade de assistência à saúde mental no estado. São eles os coordenadores das ações em saúde mental no estado.

O salão nobre estava repleto e bem freqüentado. Abrigava uma platéia bastante diversificada, entre políticos, ativistas, representantes sindicais, representantes de conselhos de classe profissionais, usuários de serviços de saúde mental, seus familiares, jornalistas, pessoas engajadas com movimentos sociais, alguns curiosos. Lá estava sentada, a fazer algumas fotos, observando o que se passava, tomando notas, gravando, procurando entender as falas. À exceção de 2003, que praticamente foi dedicada às denúncias da situação de descalabro do HCT (Hospital de Custódia e Tratamento), as outras sessões foram muito mais centradas nas ações do MLAM, cobranças em relação à legislação e execução de novas políticas. De maneira geral, estas sessões se constituem como arena de discussão e divulgação do Movimento e sua importância vão muito mais além do que a ocorrência pontual para ser registrado em ata da Câmara de Vereadores. O ano de 2001 foi atípico. Ano em que o projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado fez do 18 de maio na Câmara de Vereadores um dia de grande celebração. Era preciso deixar registrado no centro do poder da soterópolis esta grande conquista. Esta foi a sessão mais concorrida e que contou com a presença de maior número de pessoas engajadas com a Luta.

Ano após ano, sentaram-se à Mesa representantes do Conselho Regional de Psicologia; Conselho Regional de Psicologia, Conselho Federal de Serviço Social; Universidade Federal da Bahia; Conselho Municipal de Saúde; Sindicato dos Bancários;

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

SindiSaúde (redes pública e privada); OAB; Fórum de Entidades de Direitos Humanos; Conselho dos Moradores de Rua.

Em 2003, o Conselho Regional de Medicina da Bahia foi representado por um de seus membros que também é psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Esta presença é bastante significativa. Desde que acompanho as plenárias, esta foi a primeira vez que o CREMEB se fez representar. Mais importante ainda foi o fato deste representante ser também professor da principal instituição de ensino universitário do Estado da Bahia, universidade esta que forma os psiquiatras. Caberia indagar se esta presença sinalizava a tão sonhada mudança na maneira de se ensinar às futuras gerações de psiquiatras o que é o transtorno mental numa ótica não hospitalar, carcerária, que pune e vigia aqueles que não “dão conta” dos seus próprios atos. Talvez. Vamos adiante para ver o que diziam as pessoas que participavam das plenárias e o que mobilizava suas falas.

De tudo o que vi, ouvi, li, não havia muitas vozes discordantes; pelo menos não de todo. Todos os presentes nestes quatro anos (e igualmente imagino o mesmo para os anos anteriores à minha presença) eram unânimes em relação às necessidades da Reforma. É curioso que num espaço democrático tal como uma Câmara de Vereadores, a oposição ao MLAM não estava presente. Talvez porque a Luta já tenha alcançado legitimidade social, sobretudo após a aprovação da Lei Federal que a dá suporte e agora “pega mal” falar publicamente contra um discurso que tratou de denunciar a ineficácia e as atrocidades praticadas por trás dos muros, das celas, das drogas das unidades manicomiais.

Já é ponto pacífico: os manicômios são instituições falidas, devem ser negadas. Portanto, o desafio agora “é politizar a subjetividade”, tentar “trazer todas estas questões, todos esses reclames para uma esfera política”. Assim se expressou o

representante do NESM, na plenária de 2000. Afirma ainda que a “presença desse tipo de manifestação subjetiva na sociedade, na relação com outras pessoas, é muito mais importante do que um tratamento medicamentoso ou terapêutico”. É muito interessante ouvir um psicólogo falar sobre politização da subjetividade, num sentido de torná-la pública, discuti-la de um ponto de vista social, como a necessidade de reinstaurar as bases de negociação das emoções num contexto social, dando-lhes sentido, trazendo de volta para o plano da normalidade a oscilação das emoções humanas, a fragilidade e vulnerabilidade a que estamos sujeitos. É preciso que aceitemos as dores, o sofrimento, as amarguras e tristezas de um ponto de vista social e voltemos a encarar tais vicissitudes como coisas normais que acontecem na vida de qualquer pessoa, e não como o fracasso do indivíduo que deve ser corrigido, sob pena de ser deixado para trás na competitiva disputa instaurada pela sociedade capitalista, que precisa de seres humanos fortes, decididos, bem resolvidos, felizes e sobretudo produtivos.

“Hoje nós toleramos muito pouco todos os desconfortos, todas as dores subjetivas”. Essa frase expressa a voz corrente aqui e acolá repetida de que no mundo em que vivemos as dores, perdas, frustrações não podem ser vividas em sua inteireza porque se a elas dermos vazão estamos condenados ao fracasso, alguém estará produzindo em nosso lugar e assim vamos perdendo a corrida em direção ao sucesso e ao bom desempenho. O mundo contemporâneo é competitivo, competitividade esta que exige sujeitos equilibrados, eficazes. Tudo é uma questão de mérito que não pode ser alcançado pela pessoa que sofre, que está enclausurada em sua tristeza, seu luto, sua dor...

O discurso deste psicólogo é dirigido sobretudo para que as emoções individuais sejam resgatadas socialmente e que admitamos novamente ser normal sofrer por um motivo ou por outro. Em nossas vidas diárias, vemos as dificuldades de nossa condição.

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

Se sou uma professora e vivo uma crise pessoal, familiar, afetiva que me molesta, ao entrar na sala de aulas, devo deixar tudo isso para trás, devo agir diante dos meus estudantes como se fosse a “mais feliz” dos seres humanos. Não posso deixar que meu estado de humor interfira no meu desempenho profissional. Afinal, caso contrário, posso ser avaliada por eles e por meus superiores como uma pessoa emocionalmente instável, que não sabe separar a vida pessoal da vida profissional. Não é difícil pensar que posso perder o emprego, diante de uma avaliação negativa de meu desempenho e que a fila lá fora que bate à porta da sala de aula me faz enxugar minhas lágrimas e entrar soberana pela porta, congelando, impedindo-me de sentir o que por ventura me faz sentir naquele hipotético momento. Quando pensamos nas pessoas que já passaram por instituições psiquiátricas, a situação se complica um pouco mais e vários estudos sobre rotulação e estigma são suficientes para atestar isso (CAROSO et al, 1997).

Outro ponto importante desta fala é destacar que

“O NESM não está só fazendo uma leitura do manicômio, da instituição manicomial, mas do *pensamento manicomial*, o que é muito mais grave. O pensamento manicomial é excludente, ele faz o que chamamos de a ‘clausura do fora’, ou seja, ele tenta apreender o que erra, o que excede, o que transborda, o que não funciona. Essa intolerância é que nós pensamos em combater no NESM em suas mais diversas manifestações culturais. É uma *vigilância permanente*, você não pode ceder em hipótese alguma porque isso retoma com muita força, está aí operando, funcionando.” (Representante do CRP, plenária 2000)

Há algumas coisas importantes nessa fala. Primeiro, a demarcação do que é o papel da MLAM. Não se trata apenas de reformar pontualmente a psiquiatria, através da extinção do manicômio; não se trata de uma ruptura com determinada terapêutica. Mas de manter a vigilância, o controle social, sobre o pensamento manicomial. Isso faz sentido na medida em que se observa que a principal dificuldade da Reforma Psiquiátrica até o momento é justamente extinguir o manicômio, substituindo-o por espaços abertos de tratamento. Lógico está que é o manicômio enquanto instituição de

tratamento que dá suporte ao pensamento manicomial. Frente à destruição de um, o outro deverá necessariamente de ser revisto: sem o manicômio, o pensamento manicomial vai aos poucos perdendo sua força, pois é a *instituição manicômio* que dá sustentação ao *pensamento manicômio*. Com o desaparecimento da primeira a segunda tende a desaparecer. Este é o ponto-chave da reforma pautada pelos princípios do MLAM.

Nesse sentido, não é demasiado repetir: é preciso igualmente investir na formação de gerações de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfim, profissionais da saúde mental, sem “estágios” na *instituição manicômio*, para que não sejam impregnados pelo *pensamento manicomial*. Se a um jovem estudante não for ensinado, através de aulas teóricas e práticas, que a exclusão é o melhor tratamento para a loucura e que a diferença na terapêutica é apenas de grau, ou seja, o tempo de internação é determinado pelo grau de periculosidade do louco em relação a si mesmo e ao outro, este estudante não irá retroalimentar o pensamento manicomial. É preciso repensar o ensino nas universidades e substituir os estágios em instituições fechadas por estágios em instituições abertas, em ambulatórios, em CAPS, em NAPS, nas comunidades.

Recentemente, ouvi de um jovem estudante de medicina o indignado protesto em relação a uma psiquiatra, professora desta disciplina. Veementemente, o rapaz de 23 anos repetia: “aquela professora é muito doida! Imagine você, como é que ela leva uma turma de, sei lá, 20 estudantes pra dentro do Juliano Moreira?! Aquele lugar é horroroso!” O rapaz se interessa pela área de cirurgia, não será psiquiatra. Mas é interessante notar em sua fala o contraste: a professora é doida porque levou os estudantes de medicina para aula no manicômio sem avisar antecipadamente o horror que ali encontrariam. Loucos são aqueles que levam outras pessoas para um lugar como

aquele. Isso mostra a força do argumento anteriormente apresentado: para acabar com o pensamento manicomial é preciso abandonar a prática que a ele oferece suporte.

O Representante do CRP ainda tem outras coisas a dizer que ajudam a complementar o que está acima exposto. Ele diz:

“E é curioso vermos como um saber, como um saber médico, como um *saber, enfim, plenamente potente do ponto de vista científico*, um saber ricamente reflexivo, um saber muito profundo, mas que não consegue, em hipótese alguma, se desvencilhar do preconceito. Muito pelo contrário, *institui o preconceito*. A medicina com todo esse *seu poder é incapaz* de fazer essa auto-reflexão moral, essa crítica ética e de tentar reverter sua postura com relação ao usuário” (Representante CRP, plenária 2000)

Pegemos a última parte. Ele se refere à medicina como entidade, como instituição que produz **um saber** partindo da pressuposição da existência **do saber**, enquanto instância pura que não está atrelada a um regime específico de verdade e que transcende a parcialidade própria da condição sócio-histórica que o formou. Por outro lado, também chama atenção para a necessidade de se produzir **um novo tipo de saber médico** que seja capaz de minar o preconceito que está embutido em sua prática, que incide diretamente sobre o usuário de maneira perversa: impedindo que ele exerça plenamente sua humanidade.

Aqui vale introduzir o ponto de vista de um ativista-usuário, através de uma fala proferida na plenária de 2002. Ele afirma que a principal importância do MLAM no momento atual é política:

“está surgindo um novo sujeito social. A pessoa que saiu do manicômio veio para a luta, veio para a militância, veio ser cidadão, veio querer discutir com a sociedade o que se passa dentro desses manicômios; veio para ver a loucura porque neste momento aqui, quem toma conta da Câmara é a loucura, são os companheiros que invadem a Câmara e dizem: ‘Nós queremos falar, nós queremos direito’. Então, nós estamos provando aqui que é possível acabar com o mito da violência. Existe violência sim, nós somos seres humanos, curáveis, existenciais” (Ativista-usuário, plenária 2002).

Ressalta novamente nesta fala a necessidade premente de politização da subjetividade. Em certo sentido, isso se assemelha ao que o Representante do CRP havia dito em 2000. Ambos estão falando da mesma coisa sob óticas ligeiramente distintas. Por um lado, tem-se o discurso de um psicólogo ativista, de clara tendência sociológica que fala da necessidade de trazer para a arena política o que nos foi cassado pela sociedade capitalista competitiva: o direito que qualquer um tem de sofrer suas dores e de ser respeitado nos seus lutos. O direito que cada um tem de se desequilibrar de quando em vez, de sofrer, chorar, se entristecer. Por outro lado, no discurso do usuário o que ressalta é a exaltação da participação política efetiva como um ganho pessoal importante, como a melhor forma de expressão da subjetividade que foi cassada pela institucionalização da loucura; a esfera política é tomada como uma esfera de inclusão do sujeito. Os focos são ligeiramente distintos, mas ambos os discursos são centrados na mesma necessidade de tornar públicas questões consideradas privadas. Para o psicólogo do NESM importa problematizar a ideologia do embotamento, isto é, é preciso trazer de volta as emoções que foram banidas do mundo em que vivemos. Para o ativista-usuário, por outro lado, é preciso resgatar as vidas que foram segregadas, equiparando-as às experiências das pessoas ditas normais. Isso fica mais claro no trecho seguinte:

“Há pouco tempo o companheiro psiquiatra cometeu um crime⁷, isso é normal, qualquer pessoa pode cometer um crime, qualquer pessoa está passível de um crime e infelizmente ele cometeu um crime e está nessa situação trágica que está vivendo. Mas também quero lembrar de “Mente Brilhante”, porque existiu a mente brilhante de um professor que conseguiu ganhar um prêmio, que consegue ganhar um Prêmio Nobel pela luta dele, quer dizer, como ele dialoga com a psiquiatria, como ele tenta vencer aquele quadro que a gente pode chamar psicótico, de delírio ou de surto, um quadro que é muito maior do que qualquer gratificação que queira colocar ele. Isso que ele prova, como ele consegue viver com a família, e ele também passa por momentos difíceis, como nós passamos, às vezes nós agredimos, às vezes nós somos melhores, isso é normal. Agora, o que é a loucura? O que é esse processo?”

⁷ Refere-se a um caso de parricídio praticado por um psiquiatra baiano, no dia 22 de abril de 2002.

A periculosidade e a desrazão não são estados exclusivos da loucura (PERES, 1997). Se os normais podem transgredir, os loucos também podem ser normais. Se aos “normais” é facultado ser “anormal”, dos “anormais” também se deve resgatar sua normalidade. O psicólogo advoga que as emoções devem ser politizadas pela ótica da fragilidade do humano à vulnerabilidade emocional, da necessidade de se respeitar publicamente a manifestação dessa subjetividade; o ativista-usuário conclama por outro ponto de vista: se aos “normais” é facultado o direito à “anormalidade”, pois qualquer pessoa pode cometer um crime, então se deve também garantir que os “anormais” sejam “normais”. Em outras palavras, respeitar as diferentes expressões de normalidade e anormalidade é dizer que não se é normal ou anormal 100% do tempo, isso deve ser discutido, garantido e respeitado pública e politicamente, sem, no entanto, se jogar a pessoa no descrédito e escárnio público. Se negarmos ao louco o direito aos seus momentos de razão, mantendo-o inútil e encarcerado atrás dos muros da instituição, estaremos igualmente negando aos não loucos a desrazão, a expressão e extravaso de tantas outras formas de loucura socialmente relevantes, pois que representam as rupturas que conduzem às mudanças, o que faz da vida social intensa, processual e dinâmica.

Quando falam no MLAM como o espaço de politização da subjetividade, os ativistas tratam igualmente de esclarecer que o movimento é suprapartidário, muito embora haja clara afinção com os movimentos sociais de esquerda, justamente porque o discurso do MLAM é orientado pelas idéias de democracia, de liberdade de expressão, de tolerância para com as diferenças, apoio às minorias, combate aos totalitarismos.

“A sociedade ainda não conseguiu, aliás, não consegue conviver com as diferenças, em função de aspectos culturais que são reafirmados permanentemente. *Nós não somos uma sociedade democrática, de direitos. A sociedade não consegue enxergar as diferenças tratá-las com a possibilidade de uma convivência igual.* E essas sessões, por mais esvaziadas que às vezes aparentam ser, elas vão contribuindo para ir abrindo caminhos. Queria, inclusive, confessar que tenho aumentado muito a capacidade de compreender, de me sensibilizar com esse

problema a partir das intervenções de [...]. Nós todos temos a responsabilidade de compreender a nos engajar nesse processo de superação de preconceito, de dificuldade, da luta que esses grupos antimanicomiais tentam fazer no país inteiro” (Vereador, plenária 2000).

A fala deste vereador presente à plenária de 2000 é bastante ilustrativa. A democracia é reinterpretada à luz da tolerância. A construção de uma sociedade democrática e, sobretudo, igualitária, só é possível através do respeito às diferenças. Isto é muito importante tanto do ponto de vista político, quanto do ponto de vista sócio-antropológico. Aqui, vale à pena voltarmos à fala do psicólogo e estabelecer novo contraste:

“Temos com o ensimesmamento uma intolerância muito grande e com tudo que diz respeito à subjetividade. Hoje nós toleramos muito pouco todos os desconfortos, todas as dores subjetivas. *Temos que aprender a conviver com a diferença.* Acho que *é um desafio até para a democracia*, como é que você tenta conseguir uma *unanimidade dentro de um contexto cada vez mais diverso*, como você tolera isso, ou melhor, como você articula isso. Esse é um grande desafio para nossa democracia contemporânea” (representante do CRP, plenária de 2000).

As falas se afinam em torno de nuances da política: política na esfera subjetiva, política na esfera intersubjetiva, política na esfera social, política na esfera da política. Falam da política da diferença. O movimento de luta antimanicomial congrega todas estas perspectivas porque lida com um objeto extremamente complexo: como tratar socialmente de problemas que são da ordem subjetiva? Como lidar do ponto de vista pessoal, social e político com a diferença radical que a loucura instaura? Já se falou diversas vezes que a loucura nada mais é do que a expressão de subjetividades diferenciadas, de subjetividades radicais. Acho que o problema não pode ser tratado apenas por este ângulo. Não se trata apenas de pensar que a intolerância para com a loucura se reduz à intolerância para com estas subjetividades diferenciadas. Não é apenas uma questão de política das diferenças. Para se entender por que a sociedade

rejeita os loucos e os encarcera pode-se dizer que os loucos representam ameaças aos normais e o mito da periculosidade pode ser uma evidência disto que estou dizendo. Mas não é exatamente a este tipo de ameaça objetivamente construída, de periculosidade, de exposição física que o louco representa.

O problema vai um pouco mais além e nos remete a outra questão. Não é fácil tolerar a diferença que a loucura representa, porque ela põe a nu não apenas uma subjetividade que se expressa de maneira diferente da que estamos acostumados a conhecer. A loucura não ameaça nossa subjetividade. A loucura ameaça nossa humanidade e é por isso que não ode ser tolerada, é daí que nasce nossa intolerância. Não é à toa que a idéia de loucura emerge No momento em que a racionalidade se tornou pensamento dominante (FOUCAULT, 1987 [1961]). A loucura exige a constante avaliação sobre aquilo que consideramos como fronteira entre o comportamento humano e o não-humano, entre natureza e cultura. Em *As Palavras e as Coisas*, Foucault (1992 [1966]) argumenta que uma ciência do homem tal qual a antropologia só se tornou possível após um corte geral da episteme que permitiu a construção do humano como objeto empírico e não apenas transcendental. Nesse sentido, a loucura rompe com nosso esquema que equipara o humano ao racional que é fruto da razão iluminista, a partir da qual o conceito de humano equivale ao ser da razão. Razão e humanismo são categorias históricas, um modo outro de afirmar a distinção Natureza e Cultura tão cara aos intelectuais do século XIX. O Homem como um ser transcendental, ao contrário era imagem e semelhança de Deus e prescindia de uma classificação normativa. O estatuto do humano era espelhado pela semelhança ao sagrado, em suas diferentes manifestações. Pouco a pouco, um outro discurso passa a oferecer nova concepção de homem, não mais vinculada à sua transcendência e submetido às regras religiosas, mas articulado à razão e a produção histórica.

Se a loucura pode ser entendida como a ruptura **com um tipo de razão, a razão iluminista**, então o louco representa a ruptura com a concepção de humano que se fortaleceu nesse mesmo período; o louco nos exige o repensar dos nossos critérios taxonômicos do humano. Creio que esta é a principal dificuldade. Isso me faz lembrar do texto de Rapp (2000) no qual ela discute a Síndrome de Down como algo que desafia nosso critério de classificação do humano. A pessoa sindrômica na maioria das vezes não está apta a desempenhar os papéis atribuídos aos seres humanos adultos e não consegue alcançar o nível de autonomia socialmente esperada/desejada pela família/sociedade.

Além destas questões de natureza teórica e conceitual, tal como acima discutidas, o que é interessante nas sessões plenárias é justamente seu caráter dinâmico que atualiza as informações sobre a reforma. Em 2003, por exemplo, o representante do CREMEB teve participação ativa. Ele inicia seu discurso afirmando a necessidade de “separar o joio do trigo”. Afirma terem pessoas que se aproveitam do movimento antimanicomial para benefício próprio. Ao mesmo tempo reitera que o Conselho Regional de Medicina deveria intervir para garantir o funcionamento adequado das instituições propondo inclusive a interdição ética do Hospital de Custódia e Tratamento, proposta que foi vetada pelos psiquiatras, tal como mostra o seguinte trecho da narrativa.

“o Conselho Regional de Medicina [fez] uma proposição que não pode ser aceita. Foi a da interdição ética do manicômio, que consiste, que o conselho baixa uma norma dizendo que os psiquiatras estariam proibidos de entrar no manicômio para realizar, por exemplo, a sua atividade médica. Não pode ser aceita, pasmem os senhores, porque os psiquiatras se recusaram que esta decretação fosse feita. Então onde estamos nós? Quando aqueles que deveriam estar do lado desta decretação, desta interdição ética se recusam a esta posição e clamam que o conselho não assuma esta decisão...”

O representante da OAB referindo-se a fala daquele representante do CREMEB citada acima, criticou com veemência a posição dos psiquiatras que não aceitaram classificar como anti-ético a condição do HCT. A situação não tem mudado desde seu tempo de estudante e se recordou de um paciente que lhe disse: ‘Dr., se aqui dentro do Hospital de Custódia eu retornar ao eixo da minha consciência eu vou me suicidar’. Pouca coisa se pode acrescentar a uma fala consciente da sua condição de inconsciente e duplamente excluído. Excluído porque está em uma instituição psiquiátrica; excluído porque está no sistema prisional. É a expressão máxima da combinação doença-delito-castigo que, como afirmam os depoimentos, no que se refere ao estado da Bahia, é levada as últimas conseqüências no HCT; instituição esta que não cumpre nem de longe o papel que supostamente lhe caberia. De fato o representante da OAB tem razão: é preciso que haja uma intervenção ética não apenas no HCT como afirma o representante do CREMEB, mas acima de tudo carecemos de uma intervenção ética no estado.

Na plenária de 2002 o representante do CREMEB iniciou seu discurso mostrando o descaso do estado brasileiro em relação aos recursos destinados à saúde: “um país que dedica 2,5% do seu PIB à assistência dos seus cidadãos, é um país que não merece credibilidade, os governantes não merecem credibilidade da sociedade”. Ele se baseia nas clivagens sociais que resultam nas desigualdades de acesso aos serviços de saúde no país: “o pessoal que tem condição de comprar a saúde, que são os 30 ou 40 milhões dos brasileiros estão sendo muito bem atendidos, têm um atendimento de país desenvolvido, mas os 120 milhões de brasileiros que dependem apenas do SUS estão realmente numa quase penúria quando precisam de assistência médica”.

Na verdade nós consumidores de serviços privados de saúde estamos conscientes que os adjetivos deveriam ser invertidos, o que é exceção deveria ser a regra. O privilégio deveria ser dos 120 milhões terem acesso ao serviço de saúde de boa

qualidade; enquanto 30 a 40 milhões se oneram duplamente para suprir uma obrigação que deveria ser cumprida pelo estado de prestar serviços decentes de atendimento em saúde, uma vez que aqui se adota o modelo de estado baseado no princípio do cuidado biopolítico do corpo. Enfatizou que sua crítica não se dirige ao SUS, como ele mesmo diz: “é a jóia maior da política médica do Brasil”, que incluiu, bem ou mal, milhares de brasileiros que antes eram excluídos. Embora ainda esteja “muito longe de ser uma assistência médica decente e digna que o cidadão está a exigir e a necessitar”. Finalizou sua fala declarando apoio público do CREMEB ao MLAM, atribuído a esta autarquia o papel que lhe cabe: o de exercer o controle social sobre as instituições médicas.

O apoio público do representante do CREMEB ao MLAM provocou resposta emocionada do membro do CRP:

“me deixou feliz e emocionado ouvir essa manifestação do Conselho Regional de Medicina, essa história estabelece um novo rumo na Bahia. *Nós tínhamos em campos antagônicos essa representação dos médicos* (...) esta manifestação estabelece um novo marco para a Luta Antimanicomial no Estado da Bahia, não apenas para os antimanicomiais, mas todo um processo de luta pela efetivação da Saúde, ou pela mudança dos paradigmas de atenção da Saúde no Estado da Bahia. Hoje o MLAM é a maior bandeira do CFP, uma bandeira que nós conseguimos de alguma forma incorporar dentro da linha de intervenção dos direitos humanos. É para nós uma luta não de inserção da psicologia, mas uma luta pelos direitos humanos, pela cidadania, e de alguma forma, entrando nesse caminho, nesse rastro, como um espaço de luta, de efetivação das políticas públicas em nosso país”

É importante notar que o posicionamento público do CREMEB provoca no representante do CRP a tomada de posição que transcende os interesses corporativos quando ele destaca que a luta não é pela inserção da psicologia, ou seja, que as demandas sociais devem estar acima dos interesses por uma reserva de mercado profissional. É importante que isto seja capitalizado pelo MLAM pois uma de suas bandeiras é construir e viabilizar a cooperação entre os diferentes profissionais da Saúde Mental. Somente assim a loucura poderá ser abordada de modo multidisciplinar.

Parto agora para análise dos dados coletados nas entrevistas. Em entrevista que

realizei com uma psicóloga ligada ao movimento. Nascida e criada numa família soteropolitana de classe média alta, seu engajamento no MLAM se deu por intermédio de uma assistente social com quem veio a trabalhar, num serviço de atendimento a adolescentes. A assistente social já estava engajada com esta problemática. Mais tarde, ela veio a ter contato com o principal intelectual orgânico do movimento aqui na Bahia, solidificando assim sua decisão por se envolver nesse campo de batalha.

Iniciei minha conversa com ela a partir da observação de que as pessoas se engajam no movimento de uma forma totalmente frouxa. Perguntei o que ela teria a me dizer sobre isso. Ela respondeu que “parece que não existe essa coesão, as pessoas que participam do movimento aqui não sentem o pertencimento a um grupo”. A palavra que leva o duplo grifo na oração anterior é bastante significativa. Caso ela tivesse me respondido “as pessoas que participam do movimento não se sentem pertencendo a um grupo”, a expressão teria sentido diverso. O “aqui” destacado por ela me remete a duas coisas: primeiramente, à consideração de que os resultados alcançados pela luta antimanicomial na Bahia são menos notórios que os que têm sido observados em outros estados da federação; segundo, que existe uma idéia pré-fixada sobre o que é um movimento.

Em conversa informal com o principal articulador intelectual do MLAM na Bahia, repeti a mesma pergunta, ao que ele me respondeu a partir de outra pergunta: “por que você não me faz a pergunta contrária? Por que você me pergunta sobre a frágil organicidade do movimento e deixa de lado a análise das conquistas até agora alcançadas?”. Esta última fala me fez pensar que a frouxidão no engajamento é o que possibilita a coesão do movimento, isto é, o que lhe garante a mobilidade e renovação, principalmente quando se tem em mente um contexto mais amplo.

Nas sessões plenárias da câmara de Vereadores que tive a oportunidade de acompanhar, observei um certo professor da Faculdade de Medicina que se enquadra no perfil dos participantes “frouxos”, pois está ligado ao movimento, mas não é um ativista no sentido estrito do termo. Ao reler a transcrição de sua fala proferida naquela oportunidade, pude perceber muito claramente que sua participação pontual, que poderia ser entendida como pouco engajada, tem muito mais força e importância do que a presença de muitas pessoas que militam diariamente, devido aos desdobramentos que produz. Este é o único professor da FAMED que é assumidamente antimanicomialista que vem contribuindo para a formação de novas gerações de psiquiatras que não considerem a internação e o isolamento nos manicômios como as únicas alternativas possíveis para o tratamento daqueles que sofrem de transtornos mentais.

Foi este mesmo professor que escreveu sobre a primeira instituição psiquiátrica da Bahia e também denunciou publicamente as condições desumanas do Hospital Juliano Moreira, comparáveis às atrocidades cometidas nos campos de concentração da Alemanha nazista. Sua fala também trouxe a público informações sobre a verdadeira *causa mortis* de centenas de internos dos hospitais psiquiátricos de vários momentos de nossa história, para mostrar que estas instituições nada tinham de terapêuticas, e que as práticas vigentes em muito se assemelham ao período anterior à consolidação da psiquiatria como disciplina médica e o hospital como “instrumento de reabilitação”.

Outro ponto forte da fala deste professor foi chamar atenção para a escolha do termo manicômio como emblema do MLAM. Ele considera manicômio “um termo anacrônico” que “vem da época em que a palavra mania simbolizava o conjunto das doenças, das alienações mentais”. Mais adiante afirma que “o termo manicomial é importante porque até hoje [o manicômio] preserva essas estruturas arcaicas da sua origem excludente; porque na origem, o manicômio nasceu para responder a mandato

político” e a principal consequência disso “é que o isolamento foi rotulado de terapêutica”.

Essa última fala é muito importante porque joga por terra uma acusação corrente entre psiquiatras em relação ao MLAM. Já ouvi psiquiatras de diferentes gerações se referirem à luta antimanicomial como um “movimento irresponsável”, que critica a psiquiatria e não propõe algo melhor em seu lugar. Esse tipo de afirmação, desavisada em relação aos objetivos da luta, tenta confundir a crítica às práticas da psiquiatria com uma crítica à própria psiquiatria. É sabido que MLAM não nega a necessidade e eficácia dos neurolépticos que rapidamente restituem uma pessoa em crise de um estado de sofrimento profundo. Tal como outros campos da biomedicina a psiquiatria tem se mostrado bastante eficaz em reduzir sintomas. O que se questiona são outras práticas associadas, que garantem à psiquiatria um poder diferenciado em relação a outros campos do saber no que se refere ao sofrimento mental. O que se questiona é a assunção de uma verdade que se baseia em evidências que lhe são contrárias: a de que o manicômio não é a “terapêutica” mais adequada para lidar com o sofrimento humano, fato que já se tornou evidente através dos tempos de nossa história, após a emergência da loucura como um objeto de ciência.

Para a militante o MOUSM seria necessário o engajamento de outras pessoas, além dos usuários, inclusive para estimular a participação destes usuários. Ela entende que o estigma social da doença mental é umas das principais dificuldades para a adesão à militância no movimento, principalmente entre as camadas mais altas da sociedade: “a maioria dos usuários que têm uma situação econômica superior, eles não gostam de se admitir usuários nem malucos nem qualquer coisa desse tipo. A maioria nega que faz tratamento psiquiátrico.” Outra razão frequente para que não se engajem no MOUSM é a possibilidade de poder pagar por esses serviços, o que proporciona melhor qualidade

no atendimento e desinteresse pela militância que os ponha em evidência e sujeito aos olhares sociais estigmatizantes.

O trecho de narrativa que veremos a seguir indica que há um discurso recorrente entre psicólogos e ativistas antimanicomialistas: o respeito à diferença e a não estigmatização do louco. Ela reivindica uma percepção diferenciada da loucura e a não exclusão dos diferentes: “é preciso se mudar a forma de se perceber o portador de transtorno mental ou qualquer outra forma que se dê, qualquer caracterização ou qualquer conceito que se dê à loucura, você pode dar vários, mas que se modifique essa forma que nossa sociedade tem de excluir o que é diferente”.

Para esta ativista a “frouxidão” do MLAM é consequência do descrédito com relação ao movimento e a aquisição de avanços na saúde mental do estado. Esta é uma visão estreita do que seja um movimento social, bem como dos avanços que este movimento tem conseguido a despeito de todas as adversidades enfrentadas pelos antimanicomialistas perpetradas pelo estado, que baseia as políticas públicas a partir de critérios clientelistas e corporativistas. Penso que essas críticas que dizem respeito à falta de organicidade e “virtualidade” do MLAM aqui na Bahia, estejam relacionadas com uma idéia tradicional de militância e movimentos sociais. Quando fazem críticas a isso, na verdade esses militantes pressupõem que a eficácia de um movimento social está relacionada a uma certa sistematicidade e visibilidade pública de tal movimento. Essa afirmativa pode ser ilustrada pelo trecho de narrativa que segue: “é verdade isso, o movimento aqui na Bahia é praticamente inexistente, eu não vejo militância, eu não sei por que exatamente por que existe em uns lugares e em outros não. Eu acho que muito disto é porque aqui não existem lugares de referência.”

A idéia de que movimentos sociais são “compostos”, formados por grupos sociais coesos. De acordo com a teoria das redes sociais (BOTT, 1976), sabe-se que esta

coesão e a duração não são características fundamentais para se definir um grupo, nem para manter as pessoas “engajadas” em determinado movimento. Comparando o MLAM com outros “grupos” percebe-se algumas peculiaridades, quando existe certa homogeneidade de interesses e condição. Por exemplo, o GGB (Grupo Gay da Bahia), MST, sindicatos etc. as pessoas envolvidas afinam-se no que se refere às expectativas de conquistas. No caso do GGB, as pessoas que lideram o movimento são homossexuais, assim como os que dão sustentação na base. No MST, a princípio, todos, todos são trabalhadores rurais, sem terra. A peculiaridade do MLAM é justamente ser composto por pessoas das diferentes origens profissionais e orientações teóricas vinculados ao campo da saúde mental e que se aliam aos principais interessados que são os familiares e especificamente os usuários. O que quero dizer com isso é que o MLAM não surgiu a partir de sua base, isto é, dos usuários tal como ocorre com outros movimentos (MST, GGB por exemplo) principalmente porque o discurso destas pessoas é geralmente desacreditado, considerado delirante, desarrazoado. Uma sociedade que elegeu a razão como subjetividade hegemônica, não daria crédito às reivindicações daqueles que desde 1916 são considerados inimputáveis do ponto de vista legal.

Em uma sociedade imediatista como a nossa, os sujeitos comuns têm dificuldades de perceber as conquistas e/ou mudanças a longo prazo, dificultando assim identificarem os micros avanços decorrentes da participação destes movimentos no processo de mudança social. Os estudos sobre movimentos sociais hoje apontam para uma diversidade de tipos de militância, neste sentido poderíamos dizer que o MLAM tem funcionado como grupo de pressão, além do exercício do controle social tão preconizado pelo SUS.

Para esta mesma militante, a baixa remuneração dos trabalhadores em saúde mental seria outro fator que dificultaria sua participação no movimento. Além disso, ela

também se preocupa com o estigma associado à militância que faz diminuir as possibilidades de encontrar emprego.

As disputas entre campos de saber no contexto da reforma Psiquiátrica e MLAM é que os psiquiatras “não estão dispostos a abrir mão do poder deles você acabar com os hospitais e você construir um CAPS, assim o fundamento do CAPS é ele ser multidisciplinar nesse sentido de delegar poderes, não os psiquiatras. Delegar poderes para o psicólogo, pra assistente social e significaria também a remuneração igual, não só poder de decidir.”

É muito clara a disputa de poder no campo da atenção à loucura entre psiquiatras, encastelados nas suas tradicionais posições decisórias, enquanto os psicólogos querem galgar idêntica posição e assegurar sua participação nas decisões e tratamento da loucura, seguidos de assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, todos, em maior ou menor proporção, querendo desfrutar do prestígio e poder no trato das questões relativas à saúde mental.

Ela afirma que os psiquiatras, a maioria deles, são “contra o fim dos manicômios” porque não estão dispostos a dividir o poder que representa, também, o prestígio social,

“porque um psiquiatra tem um prestígio social muito maior que um psicólogo em qualquer lugar que ele trabalhe. Na verdade é quem tem o poder é quem sabe sobre a loucura é psiquiatra. Quem tem o poder de decidir se uma pessoa vai ser internada ou não, se uma pessoa tem um comprometimento ou não é o psiquiatra, até legalmente pra justiça não adianta um laudo de um psicólogo. Tem que ser um laudo de psiquiatra.” (psicóloga ativista do MLAM)

Mas não se pode pensar que essa posição dos psiquiatras contra a extinção dos manicômios é uma obliteração pessoal, que os impede de ver as limitações do asilo como prática terapêutica e seu potencial para a fabricação da loucura em sua manifestação mais destrutiva, ou seja, crônica. Na verdade, esta postura contrária nada

mais é do que uma consequência da formação universitária que recebem e das posições políticas que assumem nessa arena multifacetada, especialmente aqui na Bahia. Não se pode ter a ingenuidade de pensar que os psiquiatras, isolada ou corporativamente, advogam que o manicômio é o tratamento adequado para a loucura. Ao contrário, é voz corrente entre eles que o asilo é “um mal necessário”. É importante salientar que essa visão é muito forte aqui na Bahia, curiosamente.

Em conversa com um psiquiatra de Minas Gerais, que recebeu desde a graduação formação antimanicomialista, o contraste se torna bastante instigante. Atuando num serviço aberto bem reputado ele relata a experiência de trabalho interdisciplinar como algo produtivo e enriquecedor. Em seu discurso não demonstra sentir ameaçado por outros profissionais, com os quais divide as responsabilidades em relação aos diagnósticos e prognósticos das pessoas que frequentam o serviço. Ao contrário, ele julga bastante importante a complementaridade de visões sobre cada caso, manifestado em sua complexidade que a psiquiatria isoladamente não é capaz de dar conta.

Portanto, é preciso pensar o atraso na reforma psiquiátrica baiana como uma manifestação de uma mentalidade anacrônica específica e arraigada na psiquiatria do nosso estado. Antimanicomialistas afirmam que a principal evidência disso é a má vontade do GESAM para executar a Reforma Psiquiátrica, para não entrar em conflito com os empresários do setor.

O redirecionamento das verbas é outro ponto que deve ser observado, segundo a psicóloga ativista do MLAM. Ela fala do comprometimento do estado em financiar deliberadamente os serviços hospitalares, em detrimento dos serviços abertos. Na visão de alguns gestores, ainda segundo esta ativista, a verba para a construção de CAPS, por exemplo, deve advir de outras fontes que não entrem em concorrência com a estrutura

existente, leia-se, hospitais. Assim, para serviços alternativos, verbas alternativas; esta seria a equação desejada pelas pessoas que estão à frente da política de saúde mental na Bahia. Pela lógica do MLAM, ao contrário, a verba destinada aos leitos gradativamente desativados deveria ser destinada para financiar a construção do CAPS, viabilizando, assim, a reforma. Além disso, o movimento também preconiza que as entidades representativas dos diferentes setores da sociedade assumissem a fiscalização da administração financeira, diluindo o poder de vida e morte que o GESAM detém até hoje.

Na visão de um gestor que trabalha no campo da saúde mental há cerca de vinte anos, ao contrário, o responsável pelo atraso e má qualidade de atendimento em saúde mental é somente a falta de “sensibilidade do secretário e do governador”. De acordo com sua avaliação, a saúde mental na Bahia somente foi levada a sério em dois momentos políticos bastante precisos: início dos anos 1980 e atualmente. O momento atual é favorecido pela conjunção de fatores, tais como o ministro da saúde ser psiquiatra; o secretário de assuntos da saúde do ministério é baiano; a assessora especial do secretário e o sub-secretário ter vínculos de amizade com os gestores locais. Sua visão do momento atual não leva em consideração que o estado está sendo pressionado pelas instâncias de controle social, representadas pelo ativismo do MLAM e pela legislação federal que precede a legislação local. As ações do estado devem observar as diretrizes legais da federação. Diferentemente, este gestor entrevistado considera que o momento atual é favorável para se executar a reforma apenas por alianças políticas. É difícil ainda para que os gestores locais admitam que deverão se subordinar a uma esfera de poder que lhe é superior, uma vez que as verbas federais devem ser empregadas em observância a rubricas específicas, que incluem o manicômio cada vez menos.

Há alguns anos, juntamente com outro psiquiatra do GESAM, vem realizando treinamentos e cursos de capacitação. Segundo o gestor, foram esses treinamentos e cursos que despertaram a sensibilidade para a implantação dos serviços alternativos como CAPS. Há mais de dez anos esses dois técnicos vêm realizando cerca de dois a três cursos por mês, além de capacitação da equipe geral da saúde do PSF. De acordo com informações obtidas de críticos do campo, são exatamente esses cursos que auferem ganhos adicionais a esses técnicos e são estes treinamentos que são duramente criticados pelo NESM.

O gestor segue discorrendo sobre as últimas realizações do GESAM tais como o plano plurianual para 2004-2007 onde serão implantados sessenta e quatro CAPS, cem residências terapêuticas e uma centena de leitos de psiquiatria em hospital geral, além de ambulatórios para aqueles municípios que não tem o coeficiente populacional para que o CAPS seja implantado, ou seja abaixo de 20.000 habitantes. Em convênio da SESAB com a UFBA está sendo feito um CAPS I de adulto no bairro do Garcia, na cidade do Salvador, um para usuários de drogas, no CETAD (órgão suplementar da UFBA) e um CAPS infantil. Além disso cerca de quinze eventos de psiquiatria no Hospital Geral do Estado e cursos de capacitação para médicos no interior do estado.

Ao longo da sua narrativa recorda que quando começou atuar profissionalmente a psiquiatria era fundamentalmente centrada no hospital. Era a psiquiatria dos grandes asilos ou de hospitais colônia, que deixou suas marcas através de suas construções baseadas na noção de que os grandes espaços trariam maior higiene e benefício para a saúde mental. O gestor não descarta uma certa verdade nessa teoria e relata que “muitos esquizofrênicos na zona rural, vão para feira, passam delirando, olhando, passam xingando todo mundo mas não incomodam ninguém porque estão afastados”.

A escola psiquiátrica na qual ele foi formado era centrada na doença, tinha pouca preocupação com os aspectos sociais implicados no processo de desestruturação do indivíduo. Postulava que os problemas referidos pelos pacientes, como a falta de moradia e trabalho, fossem questões externas à psiquiatria. De acordo com seu ponto de vista, atualmente, a terapêutica mental incorpora a socialização como aspecto importante na reabilitação dos portadores de transtorno mental. Essa mudança se deveu à luta pelos direitos humanos nas duas últimas décadas do Século XX, tendo como conseqüência dois importantes movimentos sociais o MST e o MLAM. Este último “caiu um pouco, a medida que a reforma vai andando porque [antes] tinham uma militância política muito radical.”

Ao tempo em que o gestor reconhece a importância político social do MLAM, tece críticas personalísticas aos seus ativistas, na Bahia. Entende que as críticas do MLAM à ação política do GESAM - SESAB são de cunho pessoal. Qualifica o ativista intelectual orgânico como excessivamente agressivo e autoritário na sua militância, considera ser ele desconhecedor do contexto local uma vez que é natural do sudeste brasileiro. Expressa certo ar de felicidade quando diz que tal militante quis impor aqui na Bahia um tipo de ativismo beligerante no campo da saúde mental (leia-se psiquiatria), mas que encontrou resistência dos psiquiatras locais que “são muito presentes”. Não entende que o corporativismo médico tenha se tornado insensível às demandas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental.

Ele atribui o retardo baiano em relação à reforma psiquiátrica como decorrente de “uma luta muito agressiva, inclusive algumas brigas pessoais em torno de documentos”. Refere-se, provavelmente, às ações do MLAM e do CRP no incidente envolvendo a interdição do Sanatório São Paulo. A Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa, diante de denúncias de condições sub-humanas reinantes nas

instituições psiquiátricas da Bahia, resolve fazer uma visita a dois hospitais psiquiátricos, um em Salvador e o outro no interior do estado. Após as visitas realizadas a Comissão de Direitos Humanos informa ao Ministério da Saúde a situação calamitosa em que vivem essas instituições. O Ministério da Saúde diante de tais evidências ordenou o fechamento de tal casa. Todavia a SESAB sugeriu uma auditoria a fim de apurar os fatos e responsabilidades, tendo posteriormente determinado a intervenção na instituição. Neste sentido, ele atribui ao controle social do MLAM sobre as ações do estado na gerência dos serviços de saúde mental existentes como sendo responsável por esta situação de incipiência da reforma.

Fato notável foi que o auditor, interventor e depois diretor da instituição *sub judice* foi um gestor, que na época tinha um familiar, também psiquiatra, funcionário do hospital. Esta história é paradigmática quando se fala em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica e seus meios escusos de realização, tanto que foi repetida por todas as pessoas que entrevistei para realização desta pesquisa.

A estratégia propagandística parece ser o aspecto mais relevante da sua atuação profissional deste gestor. Referindo-se a uma verba do REFORSUS, captada pela SESAB, propôs que fosse usada para a construção de um CAPS no antigo prédio onde outrora funcionou o IAPSEB. Justifica que seria estratégico a implantação deste CAPS naquela localidade, em frente ao maior centro comercial da cidade, pois esta funcionaria como uma estratégia de inclusão “rapaz você tem que fazer ali porque dá maior visibilidade, você já pensou no meio do Iguatemi ter um local de malucos. Isso vai ser ótimo para você saber que o maluco está integrado na sociedade”. Todavia militantes do MLAM colocaram-se contrários a tal estratégia, justificando que seria muito mais necessário a implantação de vários CAPS menores na periferia da cidade. Relata que

houve grandes dificuldades tanto de ordem pessoal como política, o que retardou tal decisão ocasionando a perda do prazo para execução.

No transcurso da entrevista, quando falava do baixo número de leitos psiquiátricos na Bahia, comparando com o Rio de Janeiro e São Paulo, por momentos parecia querer dar impressão de que esse era um dado positivo, uma vez que essa é uma das mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Perguntei-lhe se isto não se tratava de uma deficiência do sistema de saúde público no estado, ou seja, longe de ser um dado positivo, apontava para o dismantelamento mais amplo da saúde pública não só restrito à saúde mental. Diante da minha questão ele admitiu que de fato esta era a realidade da saúde pública neste estado, ressaltando que até mesmo no setor privado eram encontradas dificuldades, principalmente em atendimentos mais complexos como acesso a vagas em UTI. Admitiu que o fato de ser médico é o definidor para ter acesso facilitado a estes recursos: “se eu não for médico não consigo, eu porque sou médico consigo, mas se não... UTI nem se fala”.

Um documento elaborado pelo NESM em 2001, apresentado no ciclo de conferências que ocorreu durante esse ano sobre a situação da reforma psiquiátrica na Bahia, logo no início afirma a precariedade da assistência psiquiátrica na cidade do Salvador e no estado da Bahia. Segundo este documento, a situação da saúde mental é de “falência total e de desassistência planejada”. O uso do termo “desassistência planejada” não é inocente, significa denunciar a pouca vontade do estado em executar o que determina a lei, por exemplo os leitos fechados não foram paulatinamente substituídos pelos serviços abertos. Essa solução de continuidade na atenção pode gerar dos usuários e seus familiares a impressão de que nada tem sido feito e que os serviços hospitalares são “um mal necessário”, justamente porque o estado através das instâncias competentes – SESAB/GESAM - deixou de cumprir seu papel. De acordo com o teor

do documento “faltam recursos, faltam profissionais, falta medicação, faltam consultas, falta qualidade nos atendimentos, falta ânimo, falta lógica, racionalidade e planejamento”. Além das críticas à assistência precária aos usuários, critica também as condições insalubres e mal remuneradas a que são submetidos os trabalhadores em saúde mental e o “caráter propagandístico e marketeiro” tanto do governo do estado como dos técnicos de saúde que ocupavam os cargos de gestores públicos na área de saúde mental.

O documento público mostra que, uma consulta nos centros especializados em psiquiatria demora cerca de noventa dias, isso para uma simples prescrição de medicamento ou “troca de receitas”, que por sua vez enfrentará problemas na dispensação da medicação. No interior do estado, a assistência ainda é mais deficiente, restando com último recurso a vinda para a capital em busca de internamento. De acordo com a avaliação do NESM a oferta em prestação de serviços não acompanhou o crescimento populacional dos últimos anos, ao contrário diminuiu. Portanto a diminuição na quantidade de leitos hospitalares especializados, não significou avanço no processo de desmanicomialização uma vez que não houve a criação de serviços alternativos, além de quantidade insuficiente de profissionais e equipes multidisciplinares em saúde mental.

Outro ponto tratado pela análise aqui realizada foi que o atraso no processo de municipalização da saúde e a perspectiva neo-liberal que norteou as políticas públicas direcionadas aos profissionais do serviço público locais baseadas no “arrocho salarial, na ausência de concursos, na contratação precária e num criminoso Plano de Demissão Voluntária”, provocou a carência de profissionais neste campo. Além disso, verificou-se uma espécie de privatização por meio da contratação de cooperativas de trabalho, nem sempre com bons antecedentes na prestação destes serviços.

Para os antimanicomialistas a consequência de tudo isso é refletida na dificuldade para o repasse de verbas federais condizentes com as necessidades do estado. A lógica do Ministério da Saúde é a de que se o estado não investe adequadamente seus próprios recursos, a possibilidade de captação dos recursos federais fica muito mais distante e quem sofrerá com isso são os usuários do sistema de saúde e a população como um todo. A ineficiência dos técnicos gestores juntamente com a burocracia do governo são os fatores responsáveis por este quadro.

A despeito da análise realizada pelo NESM sobre a situação da Reforma Psiquiátrica, não se pode perder de vista toda a conjuntura política da Bahia e Brasil. Penso que a especificidade da Bahia está na manutenção da excessiva centralização do poder público e também nas relações fisiológicas e de nepotismo, que interferem em todos os aspectos da administração pública neste estado. Como também não se pode perder a perspectiva mais ampla no campo da saúde que é o processo de implementação do SUS e todas as dificuldades na realização dos seus paradigmas de descentralização, universalidade, equidade e integralidade.

O atraso no processo de municipalização no estado da Bahia, devido ao excesso de centralização política dos governos, contribuiu bastante para atrasar a implantação da reforma psiquiátrica. Neste sentido, a SESAB tem grande responsabilidade enquanto instância que diretamente dificultou essa municipalização. Entretanto as críticas realizadas pelo NESM seguem a capilaridade do poder e deságuam sobre GESAM (Grupo Estadual de Saúde Mental).

Em tese o GESAM deveria ser um grupo de profissionais e técnicos responsáveis pelo acompanhamento, avaliação e fiscalização do atendimento em saúde mental, ou seja, deveriam funcionar como coordenadores das ações em saúde mental no estado. Contudo, ainda em 2001, o GESAM não passava de uma instância corporativa,

burocrática, privatizante, em relação à Reforma Psiquiátrica. De acordo com o documento consultado, a posição deste grupo parece ser muito mais positivadora da ordem estabelecida, do que crítica e atuante no sentido de promover a Reforma Psiquiátrica no estado.

São corporativistas porque sempre se colocaram na posição de preservar a SESAB na sua inoperância e o governo do estado no seu excesso de centralização, tentando neutralizar as críticas de profissionais e usuários dos serviços de saúde mental. Quando se trata de viajar com despesas pagas pelo estado, dar depoimentos em televisões e jornais, reuniões ministeriais, se assumem como coordenadores e totais responsáveis pela saúde mental do estado (NESM, 2001). Deste modo, assumem posição de “garotos-propaganda” das políticas do estado da Bahia. Entretanto quando se critica a inoperância do governo na implementação de novos serviços, no descaso com a situação da saúde mental no estado, o GESAM se desobriga e responsabiliza a “força imperativa do ‘carlismo’ e a inoperância da burocracia da SESAB (da qual fazem parte)”, como responsáveis pelas dificuldades na implantação da reforma psiquiátrica (NESM, 2001).

Ainda de acordo com documento consultado, era evidente as relações de fisiologismo entre SESAB–GESAM e “interesses empresariais privatistas e corporativos liberais, vinculados a um pequeno círculo do poder psiquiátrico, alianças com laboratórios para financiar pesquisas (...) e cargos de gestão dos estabelecimentos públicos etc.” Nesse sentido, foi questionada pelo NESM a passividade da Associação Psiquiátrica da Bahia, por não haver realizado qualquer protesto contra a “destruição do aparelho assistencial” ou qualquer outro tipo de protesto por parte do Departamento de Neuropsiquiatria da FAMED a respeito do descaso com a saúde mental no estado.

No que diz respeito à fiscalização dos serviços prestados por instituições psiquiátricas, o GESAM não cumpriu seu papel, fato que ficou evidente quando houve uma vistoria realizada pela Caravana de Direitos Humanos em dois estabelecimentos. Naquela oportunidade o então Ministro da Saúde José Serra, foi taxativo na recomendação de interditar um dos estabelecimentos. A posição do gestor do GESAM foi extremamente antiética uma vez que sendo o responsável por aquela situação, assumiu sucessivamente a condição de auditor, interventor e, após quarenta e três dias, a condição privada de Diretor-assalariado, daquele mesmo estabelecimento.

O documento relata que o GESAM interferiu no processo de constituição da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica, tornando a comissão mais um braço do GESAM e portanto sem poderes para realizar qualquer oposição ao mesmo. O NESM entendeu que realizar uma análise da situação da Reforma Psiquiátrica local, implicava em colocar o GESAM no centro desta arena, uma vez que, este órgão é o responsável pela saúde mental e reforma psiquiátrica.

A avaliação realizada pelo NESM explorou alguns aspectos do Programa de Saúde Mental do GESAM, considerados cruciais para compreensão dessa dinâmica política tais como o privatismo, a permanência da ideologia manicomial e o corporativismo. O NESM afirmou que o programa é privatista porque é o GESAM quem controla as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) e desde 1994 até o ano de 2001 (quando a avaliação foi realizada) não havia descredenciado leitos privados, sendo conivente com os interesses mercadológicos da Associação de Hospitais Psiquiátricos do Estado da Bahia.

É manicomial porque compreendem a Reforma Psiquiátrica enquanto uma adaptação do sistema manicomial. Essa afirmação foi baseada na análise de material informativo (*folder*) onde se lia que “o manicômio era somente para pacientes

psiquiátricos”. De acordo com esta lógica haveria uma estratificação por grau de gravidade da doença, determinando quem necessitaria de hospital psiquiátrico ou serviços abertos como CAPS e NAPS. Na verdade essa lógica entende a Reforma Psiquiátrica como uma diversificação dos serviços sem questionar a lógica excludente e desumana do manicômio.

Por último, talvez o aspecto que mais implique o atraso na reforma seja o corporativismo. Ao longo dos anos o GESAM se mostrou muito mais preocupado em manter e/ou garantir o controle institucional e político da saúde mental sob responsabilidade de um determinado grupo. A fim de provar a desvalorização dos profissionais não médicos que integravam as equipes multidisciplinares, os ativistas do NESM lançaram mão do quadro técnico do Programa de Saúde Mental da SESAB em setembro de 1996. Reproduzo essa citação a fim ilustrar a realidade da análise feita pelo núcleo: “172 médicos, dentre os quais 134 psiquiatras; 96 enfermeiros; 48 assistentes sociais; 39 psicólogos; 24 terapeutas ocupacionais”. No mesmo documento analisado pelo NESM, era atribuída aos psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais a responsabilidade pelas dificuldades do programa. Todavia, como comenta o NESM “não havia qualquer referência à baixíssima qualidade da atenção médica oferecida nestes mesmos estabelecimentos, conforme hoje já se encontra solidamente estabelecido, por investigações acadêmicas sobre o tema”. Para o NESM esta desproporção entre as categorias profissionais praticamente ocasionou a extinção das equipes multidisciplinares. Essa situação só tendeu a se agravar, pois desde o ano de 1996 não foi realizado qualquer concurso para compor o quadro de pessoal da saúde mental no serviço público.

Um ativista da MLAM, psicólogo de formação relata que conheceu o manicômio em sua trajetória profissional, inicialmente como estagiário e posteriormente

como técnico. A princípio acreditava poder tratar pelo menos aliviar o sofrimento de portadores de transtorno mental. Àquela época já ouvia alguns professores do curso de psicologia falarem sobre CAPS, NAPS, serviços abertos etc. Refere-se à lembrança de um encontro realizado pelo Departamento de Psicologia da UFBA, no qual a temática antimanicomialista foi abordada.

Ele relata que o fato de ter estagiado e depois ter trabalhado em um manicômio o sensibilizou a romper com essa estrutura e militar pela sua desconstrução. Foi quando trabalhava em um sanatório que viu de perto a ineficácia dos serviços e a exclusão que aquela instituição reiterava. Atendia como psicanalista naquele manicômio, todavia chamou atenção para o desordenamento que é a assistência em uma instituição manicomial. A sua função era de atendimento psicanalítico à psicóticos. No entanto lhe era atribuída a responsabilidade de atender a todas as demais alas, além da de psicóticos o que, além da sobrecarga de trabalho, pois segundo ele já chegou a atender cerca de 60 pacientes por dia, gerava uma diminuição na qualidade do atendimento. O trecho da narrativa que transcrevo ilustra bem a situação: “no atendimento manicomial você acabava fazendo uma triagem. Eu era psicólogo de uma ala de psicóticos agudos e era psicólogo de uma ala de oligofrênicos, de retardo, sabe a ala ‘crioulo doido’? Tinha uma ala que botava o que ninguém sabe o que é, colocava nessa ala. E eu sempre falava assim: gente não existe profissional bom em psicose aguda e ao mesmo tempo bom em déficit cognitivo. Então, todas essas coisas vão acontecendo e você diz: meu Deus, esse negócio não funciona direito. Não funciona direito. O hospício não funciona direito.”

Essa sua constatação aliada a outros dois episódios que comentarei mais a frente, o fizeram abandonar de vez não só o emprego no manicômio como a própria perspectiva manicomial (expressa através da crença em poder minimizar o sofrimento de pacientes em situação de confinamento no manicômio).

As leituras de Foucault (1987[1961]) e Goffman (1990[1974]) durante seu tempo de graduação, já haviam lhe despertado a sensibilidade para a questão da exclusão, destruição do “eu” e a ineficácia de tal instituição. Deste modo, ao ter se desligado de suas funções profissionais naquela instituição psiquiátrica, ingressou no ativismo do MLAM através da sua participação no conselho profissional.

Para este ativista o Sanatório “X” era uma instituição de vanguarda em comparação às demais existentes na época. Possivelmente essa posição diferenciada se devia ao histórico da instituição diretamente ligada ao papel do seu fundador prof. Nelson Pires e o seu pouco interesse na exploração comercial da instituição hospitalar. De acordo com este ativista, na época da intervenção o diretor da instituição estava investindo em uma política interdisciplinar, buscando estabelecer relações mais democráticas interprofissionalmente, tal como podemos inferir a partir do seguinte trecho de narrativa: “A escolha do “X” foi para derrubar o diretor que tava começando a fazer um trabalho legal dentro do hospital, que tava que tava quebrando a relação de poder com o psiquiatra, fazendo um trabalho de implantação de interdisciplinaridade”.

Enfim quando saiu o relatório da visita da Comissão de Direitos Humanos aos manicômios baianos, a recomendação explícita do Ministro da Saúde foi para que fechasse imediatamente aquela instituição. No entanto a SESAB decidiu constituir equipe de técnicos para realizar auditoria na instituição. O curioso do fato foi que dois dos integrantes da comissão técnica de auditoria eram membros do GESAM, grupo que supostamente deveria ter fiscalizado aquela instituição.

Além disto o Ministério da Saúde escolheu a instituição privada em detrimento da pública. Na época, havia opinião disseminada que os dois manicômios não tinham condições de funcionamento. Entretanto, somente a instituição particular sofreu medidas drásticas. O então secretário da saúde era irmão do chefe político da principal

oligarquia do estado. Talvez este fato tenha interferido na decisão do então ministro da saúde na escolha pela instituição privada.

O fato mais grave dessa auditoria indicada pela SESAB foi a presença de um gestor, que tinha por função fazer o controle da prestação de serviço de tais instituições. O Conselho Federal de Psicologia, em ofício enviado à Secretária de Saúde do Estado da Bahia questionava porque tal gestor que deveria ter fiscalizado e não fiscalizou, depois foi auditor, interventor e depois diretor! Segundo funcionários que trabalhavam no sanatório naquela oportunidade, havia claro interesse deste gestor em se tornar diretor da instituição.

Para este ativista a FAMED exercia controle indireto sobre a política de saúde do estado, através dos seus professores estrategicamente colocados em posições de planejamento e gestão do serviço público de saúde. De acordo com sua visão: “quem domina a política de saúde do estado por tabela é a faculdade de medicina ou o grupo que está no comando da faculdade de medicina. O então diretor (na época da visita da Comissão de Direitos Humanos) não era do grupo que estava no poder hegemônico na faculdade de medicina”. Certa ingenuidade se faz ver na perspectiva deste ativista, pois as alianças políticas são reguladas por uma dupla ética, na verdade não significa que o diretor fosse externo ao grupo hegemônico dentro da FAMED. A ética que informa essas alianças estabelece que em situações de conflito com membros externos ao grupo mais amplo, todos estarão unidos do mesmo lado contra o “inimigo” comum. No entanto, quando se trata de disputas internas ao próprio grupo, alianças vão se constituir no sentido de formar sub-grupos, tais como nas relações de fusão/fissão analisadas nos estudos clássicos da antropologia política (EVANS-PRITCHARD, 2002).

Após este episódio a sua continuidade naquela instituição tornou-se inviável e o fez decidir-se pelo afastamento das funções laborais. Atribuiu seu início no campo da

política em saúde mental, ao ingressar no conselho profissional da sua categoria. Era o ano de 2001, época do ciclo de conferências em saúde mental realizado no estado e já era evidente sua aproximação do movimento antimanicomial.

Já como ativista a primeira grande batalha que enfrentou como membro do conselho, foi a realização da conferência municipal de saúde. Era notícia corrente entre ativistas e técnicos da saúde mental que a conferência municipal não seria realizada pois o município não se mostrava politicamente disposto. A conferência aconteceu devido as pressões do fórum de entidades de profissionais de saúde do estado da Bahia que enviou ofícios a todos os órgãos envolvidos tal como o Ministério da Saúde

“A Conferência Municipal de Saúde Mental de Salvador, só aconteceu por causa da pressão do fórum de entidades, a gente mandou literalmente o recado, aliás a gente começou a convocar, mandamos ofício pro Ministério da Saúde, fizemos um estardalhaço, aí a conferência municipal de saúde aconteceu. Então olha a vitória que nós conseguimos que não foi pouca. Pela secretária de saúde, não teria acontecido”. (ativista do MLAM)

Para este ativista a “luta antimanicomial na Bahia é absolutamente virtual né. Ela é composta basicamente de algumas pessoas que compactuam determinadas idéias”. Caberia aqui alinhar a sua concepção sobre a “virtualidade” com a de “frouxidão” deste movimento anteriormente mencionada por outra ativista e comentada em outra parte deste trabalho. Para ele, este movimento é politicamente eficaz dada a coalizão de forças oriundas de diversos setores da sociedade tais como o Fórum de Entidades de Trabalhadores de Saúde, sindicatos, conselhos de saúde, conselhos profissionais.

Ele chama atenção para o comprometimento ético da III Conferência Estadual de Saúde Mental, que teve em uma de suas mesas o representante de uma empresa privada que explora o setor psiquiátrico, e que, ao longo destes anos, tem se mostrado avesso a qualquer possibilidade de diminuição de leitos psiquiátricos, trazendo empecilhos à implantação da Reforma:

“A conferência estadual estava explicitamente comprometida, não só a conferência estadual como a conferência municipal, porque quem falava sobre financiamento em uma das mesas redondas era o representante da rede privada de hospitais psiquiátricos, uma pessoa diretamente interessada no lucro privado. Na subsistência do negócio dele. Eticamente isso não dá. E esse senhor falou na conferência, não tenho nada a depor contra ele não, assim civilmente. Agora politicamente e eticamente, principalmente eticamente, não era correto. Não era bom, não era desejável que ele estivesse naquele lugar, num lugar público. Porque era um lugar pra definir a política pública do município e do estado em relação ao setor saúde mental.” (ativista do MLAM)

Para ele o ano de 2001 constitui como um marco na saúde mental nacional e baiana. No plano nacional este ano foi marcado pela aprovação da lei Delgado e no plano estadual e municipal foram realizados encontros e conferências, além das plenárias que antecederam:

“a gente deu o maior gás em 2001. Foi em 2001 as conferências de saúde mental, foi quando a gente topou uma empreitada pra começar a fazer uma sucessão de intervenções, o conselho participava (profissional) e era eu que representava o conselho no Fórum de Entidades de Profissionais de Saúde do Estado da Bahia. Fazia parte vários personagens de esquerda também. Eu já participava do Conselho Municipal de Saúde antes de entrar pro conselho [profissional]”. (ativista do MLAM)

Através do seu relato podemos conhecer um pouco da realidade que nem sempre chega ao conhecimento público, mas que nos informam o modo escuso como se tratam as políticas públicas neste estado. Foi membro participante do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2001, ocasião em que este conselho foi destituído pela administração municipal através do poder legislativo, como estratégia de esvaziamento porque não aprovou as contas do setor saúde apresentadas pelo município.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo problematizou o papel do MLAM e o ativismo de usuários no quadro mais amplo da Reforma Psiquiátrica no estado da Bahia, na última década do século XX. Busquei apreender a estruturação e a atualização das relações entre os usuários, as instituições de saúde pública local e os movimentos sociais, na tentativa de entender qual a especificidade local. Esta escolha implicou o uso da noção de sujeito na sociedade ocidental a partir da definição legada por Michel Foucault (1995), através da qual analisei a participação dos usuários, psicólogos e estudantes de psicologia, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde no movimento de luta antimanicomial. Meu objetivo era entender como estes diferentes atores se articulam na mesma arena política.

Uma das estratégias metodológicas que utilizei na constituição do corpus de dados do presente estudo foi de identificar os diferentes discursos que compõem a arena discursiva do Movimento de Luta Antimanicomial para os contrapor de maneira dialógica. Para tanto analisei as condições de possibilidade de emergência deste discurso no contexto local, pautando-me pelas discussões nacionalmente produzidas.

Ao fim deste trabalho foi possível concluir que o engajamento em um movimento social e assunção de uma subjetividade a partir deste ativismo não significa a "libertação" do dispositivo psiquiátrico. Implica muito mais a assunção de uma outra subjetividade a partir de um outro dispositivo que é o MLAM. Todavia esta nova subjetividade oriunda do ativismo, implica uma condição de vida mais digna do que para os pacientes psiquiátricos. Outra constatação importante sobre a situação da atenção psiquiátrica, no estado da Bahia, diz respeito à desestruturação dos serviços de

saúde como um todo, configurados pela dificuldade em obtenção de consultas; número reduzido de profissionais; concentração de serviços na capital; profissionais sem o treinamento adequado, principalmente os que trabalham no interior do estado. Outro ponto importante se refere à lenta tramitação da lei estadual de Reforma Psiquiátrica; a falta de uma política de atenção em saúde mental adequada resultou no fortalecimento dos serviços ambulatorial centrados tão somente na dispensação de medicamentos.

Do ponto de vista da formação universitária dos profissionais em saúde mental, nota-se certo conservadorismo, representado pela predominância de uma visão manicomial da loucura. É preciso insistir que se faz necessário, portanto, expor os estudantes a outras nosologias e práticas terapêuticas em saúde mental, para que uma nova concepção do transtorno mental torne possível uma reforma efetiva da psiquiatria e da maneira de pensar a loucura.

Através deste estudo, foi possível também observar que as mudanças ocorridas na assistência psiquiátrica pública são insuficientes para as necessidades e demandas existentes. O andamento relativamente lento na implantação dos serviços não tem garantido a qualidade da atenção. A extinção gradativa dos leitos hospitalares vem acontecendo, tal como preconiza a nova legislação, o que é um ponto positivo. Contudo, os serviços alternativos não estão sendo criados em quantidade significativa e qualidade adequada para suprir a demanda. Isso contraria a premissa básica da reforma centrada na substituição paulatina, o que cria uma lacuna imensa e um sentimento de abandono por parte dos usuários e suas famílias. A máquina estatal, por conseguinte, através dos órgãos competentes não tem observado o que foi determinado por lei, o que demonstra pouca preocupação e sensibilidade com a situação dos que sofrem transtornos mentais e suas famílias. Outro aspecto frágil desta realidade é a burocracia do estado e a qualificação deficiente dos técnicos responsáveis pelo planejamento e gestão dos

serviços de saúde, inclusive o planejamento e utilização da verba pública estadual o que compromete a captação de recursos federais.

Mesmo com a morosidade do processo de reforma, foi possível identificar mudanças ocorridas na oferta de serviços e atenção em psiquiatria, especialmente no último ano, evidenciando o papel do MLAM no contexto político local. Observou-se, ainda, que algumas instâncias da sociedade civil têm desempenhado papel crucial no controle e acompanhamento das ações estatais. Estas instâncias são representadas pelo Conselho Regional de Psicologia, MLAM, NESM, MOUSM, SindiSaúde, Universidades, Sindicato dos Médicos, Conselhos de Saúde, OAB, parlamentares, entidades de direitos humanos, imprensa e opinião pública. Todos estes atores formam uma esfera de vigilância de valor fundamental neste processo de democratização, o que aqui se entende como acesso igualitário aos serviços públicos de saúde mental de boa qualidade. Para se ter acesso de modo mais direto resultados mais importantes deste estudo, organizei em quatro temáticas tal como se segue: 1) Situação de Atendimento em Saúde Mental; 2) Dificuldades para implantação da Reforma Psiquiátrica; 3) Dificuldades enfrentadas pelo MLAM; 4) Conquistas realizadas pelo MLAM.

Outra dificuldade enfrentada para implantação dos serviços abertos diz respeito ao planejamento de financiamento destes serviços. No campo das relações políticas propriamente ditas, observa-se certo grau de corporativismo político permeando as relações entre SESAB-GESAM, além do clientelismo praticado pelo Estado, responsável pelo atraso no processo de municipalização da saúde, como um todo, não apenas na saúde mental. O estado não tem se mostrado eficiente no planejamento e gestão dos recursos estaduais, o que tem implicado dificuldades para captação de recursos federais adicionais, gerando problemas de solução de continuidade entre a

extinção dos leitos manicomiais e a implantação dos serviços substitutivos: CAPS, NAPS, lares abrigados etc. No que diz respeito ao corpo técnico mantido pelo estado, é possível afirmar que a capacitação é deficiente principalmente para os serviços abertos. A este corpo técnico desqualificado somam-se os baixos salários e condições inadequadas de trabalho. No que se refere às dificuldades enfrentadas pelo MLAM, observei que a baixa adesão de ativistas-usuários está relacionada ao estigma da loucura, pois participar do movimento, especialmente do MOUSM, requer a assunção da condição de usuário do serviço de saúde mental, o que muitas pessoas não estão dispostas a assumir publicamente. Além disto, o MLAM enfrenta a oposição de alguns setores, através da mídia, com objetivo de desacreditar as propostas antimanicomiais. É sabido também da existência de associações de familiares contrárias à extinção do manicômio. Este movimento também enfrenta o preconceito e rejeição por parte da quase totalidade de psiquiatras locais que o qualificam de irresponsáveis, justamente porque entre a maioria dos psiquiatras predomina a visão manicomial da loucura. Para agravar a situação, os trabalhadores de saúde mental que foram demitidos das instituições que deixaram de funcionar não estão sendo reaproveitados para que possam receber treinamento adequado que os capacite a desempenhar funções nos serviços substitutos. Este procedimento poderia constituir-se em medida mitigadora das críticas e resistências por parte de sindicatos de profissionais de saúde. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo MLAM, é possível apontar algumas conquistas realizadas tais como a reconstrução da cidadania do louco através do ativismo. Mesmo que esta suposta cidadania possa ser entendida como um sistema de regulação e/ou um dispositivo de poder responsável por outros modos de subjetivação dos indivíduos. Outro importante avanço diz respeito ao assento nas

instâncias de controle, fiscalização e planejamento das políticas públicas (Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, Comissão do PNASH; Comissão Nacional de Saúde Mental e elaboração da carta de direitos dos usuários etc.) e a interferência na implantação das políticas públicas para saúde mental.

Deste modo, é possível dizer que este estudo auxiliou na compreensão das forças políticas que compõem o cenário da saúde pública local, especialmente da assistência em saúde mental, bem como os problemas enfrentados para implantação efetiva de um atendimento em saúde mental não pautado nas instituições asilares. Por outro lado, através desta tese foi possível também observar que o MLAM funciona como um dispositivo, digamos alternativo ao dispositivo institucional porque forja uma identidade social para o louco no espaço da sua militância. É justamente aí que vejo uma questão delicada: pois esta nova identidade continua vinculada à loucura. Há de fato uma ressocialização, mas não nos espaços socialmente desejáveis, uma vez que é exatamente esta identidade estigmatizada de louco-militante que o faz socialmente aceito em algumas arenas. Tomemos, por exemplo, o mercado de trabalho. Programas de ressocialização pelo trabalho têm sido usados com relativo sucesso no acolhimento de populações normalmente excluídas, a exemplo de ex-presidiários, pessoas com deficiência de vários tipos (surdez, deficiências física, visual etc), crianças carentes. O mesmo não ocorre com ex-internos de instituições psiquiátricas, pois não há ainda uma política consistente que vise a reintegração destas pessoas ao mundo do trabalho, para que a loucura seja entendida como uma razão relativamente diferenciada, tal como um problema crônico, que não impede o desempenho de muitos papéis sociais.

Qualquer reforma da psiquiatria deve ser acompanhada de uma reforma do pensamento social sobre a loucura, e isto é algo que já pode ser visto como um truísmo, após tudo o que já foi dito nesta tese. Contudo, não é demasiado o repetir porque ainda

são grandes as dificuldades enfrentadas pelos loucos. Nesse sentido, através da análise aqui construída, é possível entender que uma parte desta reforma já foi realizada, ou pelo menos está a caminho. É inegável o atual empenho dos gestores locais para implantar os serviços substitutos, uma vez que agora cumprem o que determina a lei. Mas ainda há muito a ser reformado, e volto a afirmar a inclusão no mercado de trabalho é algo que deve ser enfrentado, através de políticas de ação afirmativa, para que as pessoas que sofrem de problemas emocionais possam exercer sua cidadania de maneira mais ampla. Dito de outro modo, a politização da subjetividade não deve se restringir ao ativismo político, pois nem todas as pessoas se interessam por participar ativamente de movimentos sociais, especialmente porque nenhum ativismo garante a melhoria integral da qualidade de vida. Há que se pensar em políticas sociais que garantam o exercício pleno dos direitos da pessoa em todas as esferas da vida.

Referências Bibliográficas

- AGAMBEN, G. Homo sacer: sovereign power and bare life. Stanford, Stanford University Press, 1998.
- ALESSI, N. P. O significado social das Políticas de Saúde Mental no Brasil. *Neurobiologia*, 45(3): 221-228, Recife, 1982.
- AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 1994.
- AMARANTE, P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: *Saúde em Debate*. 45: 43-46, dez. 1994.
- AMARANTE, P. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.
- ANDRADE, M. S. *Democratização no hospital psiquiátrico - um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos 80*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.
- ANDRADE, M.S. Saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado de Minas Gerais: situação atual, perspectivas futuras e propostas de mudanças. *Cadernos de psiquiatria social*, 1(1): 45-52, Rio de Janeiro, 1982.
- BANDEIRA, M. *Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados?* In: *Psicologia-teoria e pesquisa*; 8(supl): 373-84, 1992.
- BANDEIRA, M. *Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países*. In: *Psicologia-teoria e pesquisa*; 6(2): 171-82, maio-ago. 1990.
- BARROS, D.D. Jardins de Abel - desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.
- BARROS, D.D. *A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?* In: *Rev. Ter. Ocup.*; 1(2): 101-6, nov. 1990.
- BASAGLIA, F. A Instituição Negada - relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BASTOS, A. & MAMEDE, Luiz Antônio. *I Encontro Regional do Trabalhador em Saúde Mental*. *Rádice*, 3(13): 03, Rio de Janeiro, 1980.
- BIRMAN, J. e COSTA, J. F. *Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária*. In: Paulo Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994 (p. 41-71).
- BEZERRA JR., B.B. *De Médico, de Louco e de Todo Mundo um Pouco - o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta*. In: Guimarães e Ricardo A.S. Tavares (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- BOCAI, D. e B., M.. A Crise da Dinsam. *Rádice*, 7: 04, Rio de Janeiro, 1978.
- BOTT, E. Família e Rede Social. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- BROWN, M. Replacing Citizenship: AIDS activism and radical democracy. New York: Guilford Press, 1977.
- CABRERA, C. C. *O tratamento manicomial e a desinstitucionalização, segundo opiniões de psiquiatras de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

- CAMPOS, F. C. B.. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. *Revista Saúde em Debate*, 35: 77-79, Londrina, , 1992.
- CANÇADO, M. L.. O hospício é Deus - Diário I. Rio de Janeiro: Record, 1979.
- CARDOSO, C. F.S. Narrativa, Sentido, História. Campinas: Papirus, 1997.
- CARMO, C. A. Diagnóstico da situação de saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil - Estado e política de saúde mental no Brasil. In: *Informe: saúde mental no Brasil*, 01-04, Rio de Janeiro: Ibase, 1981.
- CAROSO, C., RODRIGUES, N., ALMEIDA-FILHO, N., BIBEAU, G., CORIN, E. When Healing is prevention: afro-brazilian Religious practices related to mental disorders and associated stigma in Bahia, Brazil. In. LEIBING, A. (ed.) *The Medical Anthropologies in Brazil. CURARE (Special Volume)*. Berlin: VWB, 1997.
- CARRARA, S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro/São Paulo, Eduerj/Edusp, 1998.
- CARVALHO, J.M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. São Paulo:Record, 2001.
- CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTEL, R. A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. São Paulo: Francisco Alves, 1987.
- CASTRO, M. G. *Algumas provocações sobre cultura política e cidadania*. www.icd.org.uy/mercosur/forum/castro.html 12/10/2003
- CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social. problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.
- CHARAM, I. A legislação sobre doentes mentais no Brasil. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1986.
- COIMBRA, C. M. B.. Gerentes da ordem: algumas práticas 'psi' nos anos 70 no Brasil. Tese de doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1992.
- COOPER, D. Psiquiatria e antipsiquiatria. São Paulo:Perspectiva, 1989 [1967].
- COSTA, J. F. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.
- CRUZ FILHO, D. A ambulatorização psiquiátrica na previdência social no Brasil. Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 1983.
- DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. In: *Saúde em Debate*. 35: 80-84, jul. 1992a.
- DELGADO, P. G. G. As razões da tutela - psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Tê Corá, 1992b.
- DELGADO, P. G. G. Psiquiatras, juizes e loucos: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça, na luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1992c.
- DUMONT, L. Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. São Paulo: Rocco, 1993.
- ELIAS, N. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Zahar, 1995 [1939].
- ENGEL, M. G.. A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930). Tese de doutorado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. Os Nuer. Rio de Janeiro: Perspectiva -Estudos 53, 2002.
- FAGUNDES, S. Saúde Mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. (B. Bezerra Jr. & P. Amarante, orgs.), pp. 57-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

- FIGUEIREDO, A.C.C. Psiquiatras, Psicanalistas e Psicólogos: o jogo profissional no campo 'psi'. In: Duzentos Anos de Psiquiatria. 1 ed. Rio de Janeiro : Editora da UFRJ, 1992, p. 53-58.1992.
- FIGUEIREDO, G. A evolução do hospício no Brasil. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1996.
- FLEURY, S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1987 [1961].
- _____. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro, [1962].
- _____. As palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes, 1992 [1966].
- _____. O que é um autor?, Lisboa: Veja, 2000 [1969].
- _____. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997 [1969].
- _____. Eu, Pierre Rivière. Rio de Janeiro: Graal, 2000 [1973].
- _____. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1991 [1975].
- _____. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, [1976] 1988.
- _____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Tecnologies of the Self. Amherst: Massachusetts Press, 1988.
- _____. Tecnologies del Yo. Barcelona: Paidós, 1991.
- _____. About the Beginning of the Hermeneutics of the Self. *Political Theory*, Vol.21 No. 2, 198-227, May 1993
- _____. M. Michel Foucault entrevistado por Hubert Dreyfus e Paul Rabinow. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. H. DREYFUS and P. RABINOW. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- FRANÇA, J.C. & CARMO, C. A. A crise na assistência psiquiátrica - Um esclarecimento sobre a legislação. In: Informe: saúde mental no Brasil, 05-22, Rio de Janeiro: Ibase, 1981.
- GIORDANO JÚNIOR, S. A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989.
- GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1990[1974].
- GOFFMAN, E. Estigma. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOLDBERG, J. I. A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1992.
- A. Gramsci, Il Risorgimento, Torino: Einaudi, 1949.
- <http://www.liberalismo.org/articulo/157/64/>, 2004.
- JACOBINA, R.R. O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia. Dissertação de mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1982.
- JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. B. Clio-Psyché: histórias da Psicologia no Brasil. Rio de Janeiro: NAPPE/UERJ, 1999.
- LAING, R. The Politics of the Family [and other essays]. Pelican Books. 1969.
- LANCMAN, S. & HEGENBERG, M.. A história do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Estado de São Paulo. São Paulo, mimeo, 1990.
- LEAL, E. M. O agente do cuidado na reforma psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 260 p. Tese (doutorado).

- LOUGON, M. Os caminhos das mudanças: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.
- LOUGON, M.; AZEVEDO, C. S. e SAUD, P. Assistência Psiquiátrica Pública no Brasil: Modelo e Estratégias entre 1920-1940. Cadernos de psiquiatria social, 2(1): 03-08, Rio de Janeiro, 1984.
- LUZ, M. T.. A história de uma marginalização: a política oficial de Saúde Mental. Ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica (P. Amarante, org.), pp. 85-95, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- MACEDO, M. R. C.. Políticas de saúde mental no Brasil. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1981.
- MACHADO, R; LOUREIRO, A, LUZ, R & MURICY, K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MACIEL, L. R. A Loucura Encarcerada: Um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927). Dissertação de Mestrado, Niterói: Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense, 1999.
- MAGRO FILHO, J.B. A tradição da loucura - MG (1870 / 1964). Minas Gerais: COOPMED Editora / UFMG, 1992.
- MEDEIROS, T. A. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.
- MELMAN, J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1998.
- MELO, O. J. Terapia Ocupacional: Minhas Experiências. Rio de Janeiro: Disful, 1978.
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC - ABRASCO, 1992.
- Movimento Nacional de Luta Antimanicomial,1999. www.movimentoantimanicomial.org.br, 04.10.1999.
- NICÁCIO, M. F. S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- PAULIN, L. F. R. S. A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica documental e oral. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- PENTEADO, V.L.B. e MIRANDA, C.M.L., Rastreado o Círculo - controle e interdição na instituição psiquiátrica, 46º. CBEn, Porto Alegre, 1994.
- PERES, M. F T. Doença e Delito - relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia. Dissertação de mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1997.
- PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- PINHEIRO, L. U. F. A prática psiquiátrica. Salvador, Bahia. Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 1980.
- PITTA, Ana. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- PITTA-HOIZEL A. Maria Fernandes. Sobre uma política de saúde mental. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1984.

- PONTE, C. F. Médicos, Psicanalistas e Loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- PORTOCARRERO, V. M. O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.
- PORTOCARRERO, V. M. Psiquiatria, liberdade e trabalho: da escravidão à disciplinarização. Cadernos do NUPSO, 1(1): 04-08, Rio de Janeiro, 1988.
- PORTOCARRERO, V. M. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1980.
- RAPP, R. Extra Chromosomes and blue tulips: medico-familial interpretations. In, LOCK, M., YOUNG, A., CAMBROSIO, A. (ed.). Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- RESENDE, H. Estado e políticas de saúde mental no Brasil. In: Informe: saúde mental no Brasil, 23-35, Rio de Janeiro: Ibase, 1981.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa (Org.). Cidadania e Loucura - políticas de saúde mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990 (p. 15-73).
- RIBEIRO, L. C. A co-gestão no Centro Psiquiátrico Pedro II: uma experiência de integração entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1986.
- ROCHA, E. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). In: História, Ciências e Saúde v.6 n.3 Rio de Janeiro nov. 1999/fev. 2000.
- ROPA, D. Análise da política de saúde mental - Um estudo histórico-comparativo com a política de saúde mental dos alienistas do séc. XIX. Monografia de Curso, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1977.
- ROTELLI, F. A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. In: Divulgação em Saúde para Debate. 4: 119-122, jun. 1991.
- RUSSO, J.A.^a & SILVA FILHO, J. F., orgs. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UFRJ, 1993.
- RUSSO, J. O mundo psi no Brasil. Zahar: Rio de Janeiro, 2002.
- SÁ, E. N. de Castro & PIMENTEL, C.R. B.. Juqueri: o espinho adormecido (Parte I). São Paulo: Hucitec, 1991.
- SANTOS, N. G. Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental. Santa Catarina: Ed. Letras Contemporâneas, 1994.
- SESAB, 2003. www.saude.ba.gov.br . 20.12.2003.
- SILVA, M.V. A emergência da cultura psicológica na Bahia: cursos e percursos de uma trajetória. Salvador, Bahia. Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 1995.
- SOUZA, W.S. Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- SUCAR, D. Nas origens da psiquiatria social no Brasil. Natal: Clima, 1993.
- SZASZ, T. Ideologia e doença mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1977 [1970].
- TEIXEIRA, E.. *As dimensões da participação cidadã*. Caderno do CRH, Salvador, n 26/27, p. 179-209, jan/dez 1997.

- TEIXEIRA, M. O. L. O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico. Rio de Janeiro : Editora UFRJ,1993, 280 p.
- TORQUATO NETO. D' Engenho de Dentro. In: Os últimos dias da paupéria, (Torquato Neto), pp. 57-76. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.
- TUNDIS, S, COSTA, N. R. Cidadania e Loucura./ org. Silvério Tundis e Nilson Costa. Petrópolis: Vozes/ABRASCO,1987.
- URQUIZA, L. M. F. P. Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991.
- VAISSMAN, M.. Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.
- VELHO, G. Violência e Cidadania. In: Individualismo e Cultura: notas para uma Antropologia de Sociedades Contemporâneas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- VENANCIO, A.T. A. Sobre a 'Nova Psiquiatria' no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.
- VILELA, J.. A formação do psiquiatra em Minas Gerais. Boletim Mineiro de Psiquiatria, 15(5): 06, Belo Horizonte, 1981.
- YASUI, S.. A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação de Mestrado, Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, 1999.
- YASUI, S.. CAPS: aprendendo a perguntar. In: Saúde e Loucura 1, (A. Lancetti, org.), pp. 47-59, São Paulo: Hucitec, 1989.

Anexos

Documentos Consultados

- A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização. Contribuições a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dezembro 2001. Organizadoras: Ana Cristina Figueiredo e Maria Tavares Cavalcante.
- Caderno Informativo; III Conferência Nacional de Saúde Mental.
- Relatório sobre a Saúde no mundo 2001; OPAS, Organização Pan Americana de Saúde e OMS, Organização Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança .
- Elementos para uma análise da situação da reforma psiquiátrica na Bahia. Uma contribuição do NESM – Núcleo de Estudos Pela Superação dos Manicômios.
- Ofício Circular No. 20 / DIR – CFP. Conselho Federal de Psicologia .
- Relatório – Secretaria Assistência Médica . INPS, 1971. Ministério do Trabalho e Previdência Social.
- Seminário Saúde Mental, SSA/BA . Data 08/10 a 10/10 1991. Assistência e Cidadania.
- Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade Marginal – Nova Prêvia. SSA/BA, 1974.
- Seminário – Direito a saúde mental, 2002.
- 21º. Legislações, Leis Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde.
- Como anda a reforma psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades. 31/05/2002
- IV Encontro Nacional do Movimento da luta antimanicomial – 22/09 a 26/09 de 1999 AL Novas formas de produção de sentido
- Dia 07 de abril – Dia Mundial da Saúde. Cuidar sim, Excluir não.
- III Conferência de Saúde Mental do Estado da Bahia. 12 e 13 de nov. 2001
- Luta antimanicomial – Informativo, 1 pg.
- Seminário nacional sobre reclassificação dos serviços hospitalares e ambulatoriais de saúde mental – 2002 Brasília/DF
- Carta ao Conselho Nacional de Saúde

- MS/SAS/ASTEC, Mensagem eletrônica circular. Liminar da Federação Brasileira de Hospitais contra as portarias 251 e 77 (avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos)
- Roteiro para avaliação de hospitais psiquiátricos 10/06/2002
- Carta ao Presidente – 06/04/2002
- Informações e documentos que deverão ser solicitados aos hospitais psiquiátricos.
- Relatório da 2^a. Reunião da Comissão Nacional de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde.
- Manual de Informações, 1994. Hospital Juliano Moreira/Serviço Social.
- Boletim Bahia – Núcleo de estudos pela superação dos manicômios.
- Declaração do Recife. 1^a.ENLAM – Relatório final
- Breve histórico dos encontros nacionais de entidades de usuários e familiares de saúde mental.
- Fanzine – Saúde mental, carta de direitos.
- Associação dos familiares e amigos dos doentes mentais da Bahia, reportagens e fotos.
- Relatório – Reformulação da assistência psiquiátrica. 1971 - Original.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CRP – Conselho Regional de Psicologia

GESAM – Grupo de Estudos em Saúde Mental

MLAM – Movimento de Luta Antimanicomial

MOUSM – Movimento de Usuários de Saúde Mental

NESM – Núcleo de Estudos em Saúde Mental

OAB – Organização de Advogados do Brasil

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

REFORSUS – Reforço à Reorganização do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

REME - Movimento de Renovação Médica

ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Roteiro de entrevistas com profissionais de saúde mental

Qual a sua formação?

Fale sobre sua trajetória profissional

Como era a prática psiquiátrica na Bahia na década de 1970?

Qual a situação da assistência psiquiátrica na Bahia na década de 1970?

O que mudou na prática psiquiátrica baiana entre os anos de 1970 e 2000?

Qual a sua participação no processo de reforma psiquiátrica aqui na Bahia?

Quais os profissionais que se destacaram pela participação no processo de reforma psiquiátrica local?

Você poderia me falar sobre o movimento de luta antimanicomial?

O que é a luta antimanicomial?

Como se dá o surgimento e institucionalização desse movimento dentro de um quadro mais amplo da assistência em saúde mental na Bahia.

Quando você tomou conhecimento do MLAM?

Você sabe alguma coisa sobre a história desse movimento? Qual a inspiração desse movimento (em movimentos internacionais)

Qual o objetivo maior do MLAM? (a extinção dos manicômios e a aceitação da loucura como um modo diferenciado de simbolizar e representar a vida)

Quais os referenciais desse movimento (teórico e prático)?

Como este movimento pode alcançar seus objetivos?

Como você avalia a reforma psiquiátrica na Bahia em comparação aos processos que vem ocorrendo em outros estados do Brasil, RJ, SP, PE, MG por exemplo?

Como o MLAM se insere nas políticas de saúde mental nos níveis municipal e estadual?

Quais são as principais dificuldades que um movimento como este pode encontrar para sua plena ou satisfatória realização?

Como você avalia atualmente a situação atual da atenção psiquiátrica na Bahia?

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

Quais as contribuições do MLAM nesse processo?

Qual o papel do MLAM no quadro mais amplo do processo de reforma psiquiátrica no estado da Bahia, na duas últimas décadas do século XX?

Do seu ponto de vista o que pode ser mudado ou reformulado na política de atenção psiquiátrica na Bahia?

Qual o engajamento dos diferentes profissionais de saúde na reforma psiquiátrica?

Quais as mudanças ocorridas no ACP ao longo dos últimos vinte anos, de modo a entender o papel do MLAM no contexto político local no campo da saúde mental,

Qual a viabilidade prática das propostas do MLAM?

Qual a relação entre os intelectuais baianos vinculados a reforma psiquiátrica na Bahia?

Qual a importância da reforma psiquiátrica para a sociedade baiana no momento atual?

Qual o papel da sociedade nesse processo?

O que vc entende por cidadania?

Qual o papel da psiquiatria na sociedade baiana atual?

Qual o seu papel (atuação) no sistema de saúde mental

Como se articulam as diferentes instâncias de gestão política em saúde mental: município, estado e movimentos antimanicomial;

Como se dá a inserção de pacientes ou ex-pacientes psiquiátricos nos movimentos anti-institucionais?

Você participa ou já participou do MLAM? Qual o seu vínculo com esse movimento?

Roteiro de entrevistas com usuários de saúde mental (**usuários e familiares participantes no MLAM**)

1. História de vida:

Fale um pouco sobre sua vida

Você trabalha? Em que?

(Se aposentado) Quando se aposentou?

Como e por que usa os serviços de saúde mental?

Qual a primeira vez que você procurou auxílio nos serviços de saúde mental?

Já esteve internado? Onde? Quantas vezes?

Como foi sua experiência durante o internamento?

Qual a última vez que esteve internado?

E atualmente como e onde faz seu acompanhamento de saúde?

O que você acha da situação das pessoas que vivem nos manicômios

O que você sabe sobre a luta antimanicomial?

Quando você tomou conhecimento do MLAM?

Qual o objetivo maior do MLAM? (a extinção dos manicômios e a aceitação da loucura como um modo diferenciado de simbolizar e representar a vida)

Você sabe alguma coisa sobre a história desse movimento? Qual a inspiração desse movimento (em movimentos internacionais)

Qual o objetivo maior do MLAM?

Quais os referenciais desse movimento (teórico e prático)?

Como este movimento pode alcançar seus objetivos?

Como você avalia a reforma psiquiátrica na Bahia em comparação aos processos que vem ocorrendo em outros estados do Brasil, RJ, SP, PE, MG, por exemplo?

Como o MLAM se insere nas políticas de saúde mental nos níveis municipal e estadual?

Quais são as principais dificuldades que um movimento como este pode encontrar para sua plena ou satisfatória realização?

De Paciente a Usuário: construção de sujeitos políticos na Luta Antimanicomial

Como você avalia a situação atual da atenção psiquiátrica na Bahia?

Quais as contribuições do MLAM nesse processo?

Qual o papel do MLAM no quadro mais amplo do processo de reforma psiquiátrica no estado da Bahia, nas duas últimas décadas do século XX?.

Do seu ponto de vista o que pode ser mudado ou reformulado na política de atenção psiquiátrica na Bahia?

Qual o engajamento dos diferentes profissionais de saúde na reforma psiquiátrica?

Quem na sua família participa desse movimento?

O que sua família acha desse movimento?

O que sua família acha da sua participação nesse movimento?

Qual a viabilidade prática das propostas do MLAM?

Qual o papel da sociedade nesse processo?

O que vc entende por cidadania?

De que modo os movimentos sociais, particularmente no que se refere a saúde mental, atuam no sentido de fornecer subsídios para a construção da cidadania desses sujeitos sociais?
(indução)

Qual o papel da psiquiatria na sociedade baiana atual?

Qual o seu papel (atuação) no sistema de saúde mental

Como se articulam as diferentes instâncias de gestão política em saúde mental: município, estado e movimentos antimanicomial;

Quais as observações que você poderia fazer acerca da prática psiquiátrica da década de 1970 até os dias atuais?

Como teve início sua participação nos movimentos anti-institucionais ?

Qual a diferença entre ser paciente e ser usuário do serviço de saúde mental?

Como é sua atuação ou participação no MLAM?