



A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos

Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts

Versão modificada e atualizada de capítulo da dissertação de mestrado *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, (IPUB-UFRJ), outubro de 1999.

Fernando Tenório

Psicanalista, professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).
Rua Embaixador Carlos Taylor, 95 bl. 1, apt. 602
22451-080 Rio de Janeiro — RJ Brasil
fernandotenorio@visualnet.com.br

TENÓRIO, F.: 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

O artigo faz uma revisão da reforma psiquiátrica brasileira nas décadas de 1980 e 1990, até a promulgação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001. Aborda os conceitos básicos que distinguem o processo atual de iniciativas anteriores. Apresenta os antecedentes do processo atual; os conceitos e valores que caracterizam a reforma brasileira; as experiências inaugurais de Santos (SP) e do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Luiz Cerqueira em São Paulo; a iniciativa de revisão legislativa, com uma análise da lei finalmente aprovada; a tendência das políticas públicas de saúde mental no período aqui abarcado, incluindo as portarias 224/92 e 106/2000 do Ministério da Saúde; a situação atual do processo de substituição asilar no país e a reestruturação da assistência no município do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: reforma psiquiátrica, políticas de saúde mental, cidadania e loucura, psiquiatria, Centros de Atenção Psicossocial.

TENÓRIO, F.: 'Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, Jan.-Apr. 2002.

This article presents a brief history of the Brazilian psychiatry reform from the 1980's and 1990's to April 2001, when the Mental Health Law was finally signed. The author discusses the basic concepts that characterize the present condition of the reform as opposed to those of previous initiatives. He also presents a general view of the preceding events to the present process; the concepts and values that characterize the Brazilian reform; the first experiments in São Paulo; the legislative initiative with an analysis of the new law; the different public policies in relation to mental health during the period analyzed with a copy of the Ministry of Health Ordinances 224/92 and 106/2000; the present condition of the de-institutionalization process in the country and the restructuring of the assistance system in the municipality of Rio de Janeiro.

KEYWORDS: psychiatry reform, mental health policies; citizenship and insanity; psychiatry, psychological and Social Care Centers.

O presente artigo é uma breve revisão da chamada ‘reforma psiquiátrica brasileira’, das décadas de 1980 e 1990, até a promulgação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001. Embora ele faça necessariamente um recorte no período, dados a amplitude do processo aqui estudado e o alcance limitado de um pequeno escrito, pretendo apresentar ao leitor os elementos básicos do que é a reforma psiquiátrica brasileira e de seus acontecimentos capitais nas duas últimas décadas.

Discuto, em linhas gerais, alguns antecedentes do processo atual; os conceitos e valores que caracterizam a reforma brasileira; as experiências inaugurais de São Paulo e Santos; a iniciativa de revisão legislativa, com uma análise da lei finalmente aprovada; a lógica das políticas públicas de saúde mental no período aqui abarcado; a situação atual do processo de substituição asilar no país e o processo de reestruturação da assistência no município do Rio de Janeiro.

Pretendo, assim, contribuir para a difícil historiografia de um processo ainda em curso, com os riscos metodológicos aí implicados, mas com a certeza de que se trata de uma tarefa necessária. Como conclusão, faço uma breve análise crítica do processo abordado, apontando o sucesso da reformulação do modelo de tratamento em saúde mental no país, no sentido de substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em serviços diversificados e comunitários, e seu alcance em termos do laço social.

O que é reforma psiquiátrica

Costuma-se pensar que as expressões ‘reforma’ e ‘psiquiatria’ só se tornaram parceiras recentemente. No entanto, elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Sabemos que foram os ‘reformadores’ da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade.

A história é conhecida e não cabe repeti-la aqui. Retomo apenas um episódio, contado pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel, e comentado, entre outros, por Foucault (1993, p. 460) e Serpa Jr. (1996, pp. 17-8). Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: “Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrenatar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção.” Ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completa-mente diferentes.” O gesto pineliano de desacorrenatar os loucos para implementar “meios completamente

diferentes”, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma.

Pedro Gabriel Delgado (1992, Apresentação) observa que as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um ‘desafio reformista’, e o “fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70” é outra iniciativa do “reformismo no campo da saúde mental” no Brasil.

Qual é, então, a novidade deste processo datado que chamamos hoje de reforma psiquiátrica? Ainda segundo Delgado, a marca distintiva está no fato de que, nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica passa então a exigir uma ‘adjetivação precisa’, denotando um movimento cujo início o autor situa na segunda metade da década de 1970 e que tem uma característica essencial: “no Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita.”

Eis aí o ponto a isolar: o processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de vinte anos e tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco: “Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas — também teóricas — bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os ‘direitos’ do doente mental, sua ‘cidadania’” (idem, *ibidem*, p. 29).

Se esta nova inflexão representa um ponto de partida, ela permite também demarcar em uma definição mínima o que é a reforma psiquiátrica brasileira. A definição proposta por pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) contempla os pontos essenciais e está em consonância com o conjunto da produção teórica do campo:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si.

Embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos. Para alguns autores (Leal, 1994; Bezerra Jr., 1996), isso é o mesmo que dizer que a reforma psiquiátrica não pôde se furtar de enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura.

Outra vertente da reforma (Lancetti, 1990; Amarante, op. cit.), porém, considera que uma prática efetivamente transformadora junto aos loucos deve visar justamente à superação do paradigma da clínica. Seu raciocínio é de que, ao operar com a idéia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade. Bezerra Jr. (1994) observa que, se em algum momento esta polaridade assumiu ares de confronto e rivalidade, o amadurecimento do processo concreto de transformação da psiquiatria levou a que as duas vertentes viessem a operar de forma complementar e solidária.

Deixando de lado a discussão conceitual de fundo, apresento a seguir uma breve historiografia desse movimento que combina clínica e política. Começo, porém, com duas referências anteriores ao período aqui recortado, iniciativas que, embora criticadas e reelaboradas pelo movimento futuro de reforma, germinaram conceitos e valores cuja influência na reforma psiquiátrica brasileira é visível. Esses antecedentes são a psiquiatria comunitária e o movimento das comunidades terapêuticas, ambos referenciados às décadas de 1960 e 1970.

‘Comunidade’ e ‘saúde mental’: o nascimento traiçoeiro de noções caras à reforma

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. No entanto, duas referências anteriores, embora superadas pela reforma, mantêm relação com o que aconteceria depois. São elas: o modelo das comunidades terapêuticas, “antepassado nobre e generoso” da reforma, nas palavras de Delgado (op. cit., p. 47), e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui as idéias de ‘saúde mental’ (por oposição à ‘doença’ mental) e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva.

A experiência das comunidades terapêuticas, que, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, tem como ponto de contato com o movimento atual de reforma o fato de ter sido “uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico” (Teixeira, 1993, pp. 102, 161, 163, 162). Tratava-se, *grosso modo*, da tentativa de construção, a partir da psicanálise, “de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar”. A aplicação da psicanálise consistia em interpretar, por meio das “leituras inconscientes”, não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais. A psicanálise comparecia, portanto, para tornar instituições e equipes objeto de interpretação e, como afirma o diretor da primeira comunidade terapêutica do Rio de Janeiro, dr. Oswaldo dos Santos, para assinalar “que os limites entre saúde e enfermidade mental são muito menos nítidos.” A consequência é a de que o psicanalista, que saberia sobre o inconsciente, “torna-se o grande modelo identificatório para os demais membros da comunidade terapêutica”.

Se as comunidades terapêuticas tinham como projeto ser a “solução do problema manicomial” e “resolver a questão da liberdade no interior do hospício”, quanto a isso fracassaram (Delgado, op. cit., p. 48). De fato, sabe-se que a experiência não teve impacto sobre o modelo e foi absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador.

Ainda assim, costuma-se apontar o legado ideológico positivo desta experiência e sua influência sobre algumas experiências recentes da atual reforma psiquiátrica brasileira. Teixeira (op. cit., pp. 258 e ss.) questiona a própria qualificação de fracasso do movimento. Descrevendo as comunidades terapêuticas como uma tentativa de “montar um espaço institucional onde predominasse um tipo de relação social mais liberal e equânime”, o autor reconhece o “artificialismo intrínseco à montagem de um modelo ideal de grupo societário sob a forma de um projeto clínico/psiquiátrico” e aponta outros limites internos à experiência, que, não se propondo a uma ruptura com os asilos, veio a ser apenas um “intervalo liberal da vida asilar, que é seguido por um retorno ao modelo autoritário tradicional”.

No entanto, Teixeira destaca que o sonho de liberdade implicou uma aproximação efetiva com os pacientes, e que esta aproximação teve como referência ordenadora, além dos valores democráticos, o discurso psicanalítico de então, especialmente com a teorização sobre grupos, marca daquela época e preocupação condizente com a prevalência dos dispositivos grupais na rotina das comunidades. Entrevistado por Teixeira (op. cit., p. 265), Oswaldo dos Santos declarava: “a linguagem psiquiátrica era formalmente sobre o sintoma. A gente queria falar sobre o indivíduo na relação com o outro.”

Segundo Teixeira (op. cit., pp. 263, 266, 269), as inegáveis deficiências práticas e teóricas das comunidades terapêuticas não

devem obscurecer o fato de que aquela experiência propunha, em seu modelo, “a escuta, o apreço e a discussão franca com os pacientes”, permitindo a percepção de coisas simples, “como o fato de que é impossível todas as pessoas terem vontade de ir ao pátio ao mesmo tempo”. Finalmente, o autor destaca que as comunidades terapêuticas alçam a psicanálise à condição de saber determinante do *modus operandi* das instituições psiquiátricas — o que traz resultados no geral negativos e induz a novas distorções epistemológicas e institucionais, mas implica uma reordenação da prática clínica e uma ruptura com paradigmas antes dominantes: “Um novo discurso sobre os fatos pode ser ordenado. Os velhos acontecimentos do hospício ressurgem como diferença e uma nova hegemonia começa a ser construída.” Finalmente: arrolando os méritos deste movimento, Teixeira observa que se trata de uma experiência “que discute a questão da cidadania do doente mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta”.

O segundo antecedente a ser mencionado é o movimento da psiquiatria comunitária. Como suposta alternativa à prevalência do asilo, tido como segregador e iatrogênico, propunha-se que a psiquiatria devia se organizar segundo um programa mais amplo de intervenção na comunidade, visando a evitar o adoecimento mental. Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, mas de organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental. Essa intenção preventivista traduzia-se na bandeira de promoção da saúde mental, prioritariamente ao tratamento da doença, cujo estabelecimento devia ser evitado.

As idéias de comunidade onde havia asilo e de saúde mental onde havia doença tinham, naturalmente, grande apelo. No entanto, apesar da aceitação inicial dessas teses no Brasil, os riscos de psiquiatrização do social foram logo apontados, entre outros e principalmente, por Joel Birman e Jurandir Freire Costa. No que devia ser um relatório técnico de um congresso científico, sobre o tema ‘Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária’, Birman e Costa fizeram uma análise da perspectiva de psiquiatrização e normatização do social contida no ideário preventivo-comunitário (Birman *et al.*, 1994, p. 52).

Em seu relatório/artigo, originalmente publicado em 1976, os autores acompanham o percurso de constituição da noção de saúde mental como objeto da psiquiatria (objeto implícito nas iniciativas da psiquiatria institucional do pós-guerra e objeto explícito da psiquiatria comunitária). Os autores demonstram que a noção de saúde mental está identificada à boa adaptação ao grupo social: “Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais.”

A maior expressão do programa da psiquiatria preventiva e comunitária é o trabalho do psiquiatra norte-americano Gerald Caplan (1980, p. 41). Suas palavras demonstram por si os aspectos apontados anteriormente. Identificando-se na comunidade as “causas da doença de alguns” e as “razões da saúde de outros”, espera-se poder “manipular algumas das circunstâncias da população”, a fim de diminuir o surgimento de novos casos.

Interessado em quais os fatores de resistência ou vulnerabilidade do indivíduo que podem ou não ser manipulados, Caplan deixa ver o aspecto declaradamente eugenista da psiquiatria preventiva, ao afirmar sua esperança de que o aumento do conhecimento sobre os fatores cromossômicos nos permita “intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros”.

O caráter adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental fica claro no pressuposto de que “muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento”, de modo que, pela intervenção adequada, “é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis” (idem, *ibidem*, pp. 42, 67). Finalmente, ao se definir que o *locus* da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social, em que o psiquiatra deve ‘controlar’ os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc.

Quando surgiu, portanto, como novo objeto da psiquiatria, a noção de saúde mental estava estreitamente associada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica, no seu sentido mais generoso. Pelo aspecto de crítica do asilo que a acompanhava, essa noção veio a constituir signifiante privilegiado da reforma psiquiátrica brasileira. O lugar estratégico que a expressão ‘saúde mental’ ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.

Do mesmo modo, a idéia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos riscos de ‘psiquiatrização’ e normalização do social. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão).

Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social, esta é a perspectiva atual

— oposta à de alargamento dos poderes de regulação do social pela psiquiatria, embutida no programa comunitário da prevenção. Portanto, assim como a noção de saúde mental, a noção de comunidade, não obstante seu pecado original, foi positivada pela reforma, por sua importância estratégica na oposição ao manicômio e à segregação.

Ainda assim, alguns autores propõem, em lugar de comunidade, o conceito de território, inspirado na psiquiatria democrática italiana (Delgado, 1997a, p. 42). Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: “o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. A noção de território aponta, assim, para a idéia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território.

Da redemocratização e do sanitarismo à luta antimanicomial: a década de 1980

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial.

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico.

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Isso deu-se por meio da vitória oposicionista nas eleições

para governador, em 1982, em vários estados, da chamada 'co-gestão' dos hospitais psiquiátricos do país, e da eleição, alguns anos depois, de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República. "Nesse período, o movimento sanitário se confunde com o próprio Estado" (Amarante, op. cit., p. 96). Naturalmente, as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de apostar em no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública.

Se, no plano das formulações oficiais, diagnosticou-se com acuidade a prevalência nociva do modelo asilar e custodial, bem como seus determinantes econômicos e políticos, as ações concretas não resultaram em mudança significativa (Leal, op. cit., p. 11). As iniciativas foram basicamente duas: racionalização, humanização e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, reforma do asilo e ambulatorização "não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar" (Delgado, 1992, p. 50).

Neste período, a discussão sobre os direitos dos pacientes permaneceu limitada à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais — a ampliação do direito à saúde como questão político-social. Ainda assim, com as intenções reformadoras dominando as diretrizes e iniciativas oficiais, produziram-se as condições para o amadurecimento de uma outra perspectiva.

No plano da crítica, produziram-se importantes diagnósticos quanto ao seguinte funcionamento do modelo de prestação de serviços vigente no país, caracterizado pela solidária articulação entre a prevalência da internação asilar e a privatização da assistência: as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêem a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado — antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na maioria das vezes, as clínicas contratadas funcionam totalmente a expensas do SUS, existindo como empresas privadas com fins lucrativos apenas para receber essa clientela. Sua única fonte de receita é a internação psiquiátrica, remunerada na forma de uma diária paga para cada dia de internação de cada paciente. A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado (por exemplo, uma internação acompanhada apenas por uma consulta psiquiátrica espaçada, mais refeição e remédios, deixa como lucro uma parte menor da diária do que uma internação acompanhada por psicólogo, atividades corporais, lazer assistido etc.).

Como na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades da medicina, a indicação de internar ou não internar nem sempre é clara ou ‘cientificamente’ indiscutível — deixando a critério do médico e dos familiares do paciente uma margem grande de escolha; como o pressuposto disseminado no meio especializado e na sociedade é o de que lugar de louco é no hospício; e diante da rigorosa inexistência (hoje apenas minorada) de dispositivos de assistência intensiva alternativos à internação —, o sistema constitui um verdadeiro empuxo à internação, mesmo onde há boa-fé.

Foram sobretudo os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Resende, 1987, p. 61). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo porém uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (Alves, 1999).

Documentos oficiais produzidos pelas autoridades sanitárias na década de 1980 observavam com propriedade o caráter perverso da relação entre poder público, rede privada e modelo asilar: o Plano Conasp de Psiquiatria, divulgado pelo Inamps em 1983, apontava o “sinergismo que ocorre entre o modelo assistencial prevalente (asilar), a modalidade da contratação dos serviços no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle de qualidade exercido pelo Inamps” (Leal, op. cit., pp. 12, 13). A Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República, de 1985, mostrava que a crítica germinada nos dez ou 15 anos anteriores não mudara a política de financiamento de internações: dos recursos gastos pelo Inamps em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar, e 4%, à assistência ambulatorial.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.

Quanto à incorporação de novos protagonistas, o então já denominado Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A realização desse encontro foi

decidida durante a I Conferência, pela constatação de que a perspectiva sanitarista de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico (Bezerra Jr., op. cit., p. 180).

Na conferência propriamente dita, a estratégia deixou-se ver na tentativa conduzida pela Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Dinsam), em articulação com a Associação Brasileira de Psiquiatria, no sentido de dar ao evento um caráter mais congressual ou científico, esvaziando seu caráter comunitário ou de participação social (Amarante, op. cit., p. 117).

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ‘ato de saúde’, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

A crítica passa a enfatizar que a própria natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas deve ser questionada na perspectiva da cidadania do louco, e a escolha da expressão ‘manicômio’, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, aponta, segundo Amarante (op. cit., p. 100), para o fato de que “não existe diferença entre ele ou um hospital psiquiátrico qualquer”. A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados ‘usuários’ dos serviços de saúde mental (em lugar de ‘pacientes’) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo.

Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.

Foi esse também o norte do processo de revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992). O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado que, em seu lugar, aprovou, mais de dez anos depois (em janeiro de 2000), um substitutivo muito mais tímido quanto à substituição asilar. De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos “nas regiões onde não exista estrutura assistencial” (um contra-senso, à medida que obrigaria que as novas estruturas fossem construídas justamente segundo o modelo que, à custa de muito trabalho, está sendo substituído onde ele existe).

Na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada — Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 — foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente. O texto aprovado em definitivo (a lei propriamente dita) será mencionado adiante, na referência à reestruturação sistemática do arcabouço normativo que regulamenta a assistência psiquiátrica no país, levada a cabo pelo Ministério da Saúde, a partir da década de 1990.

Para o período de que estamos tratando no momento — a década de 1980 —, o que importa destacar é o fato de que a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve o efeito de produzir “uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país”, que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma (Bezerra Jr., *op. cit.*, p. 183). Além disso, a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeadas pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma ‘lei’ que produziu seus efeitos antes de ser aprovada.

Para retomar a história recente e os avanços da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, deve-se notar que a transformação da assistência

e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado. As experiências que agora abordaremos indicaram e seguem indicando o caminho dessas transformações.

O Programa de Saúde Mental de Santos e o Caps Luiz Cerqueira de São Paulo: inaugurando as novas formas de cuidar

A década de 1980 assistiu ainda ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Ao menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade.

A experiência santista nasceu da intervenção pública realizada pela nova administração municipal na Casa de Saúde Anchieta. A Anchieta era uma clínica privada conveniada com o Inamps (isto é, contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência pública à população) e funcionava há quarenta anos absorvendo praticamente toda a demanda de internação asilar da região. A intervenção, motivada pelas denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, transformou-se em desapropriação por razões de utilidade pública e depois desdobrou-se em ações para extinguir o manicômio na cidade, com a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).

Essa experiência está bem documentada e discutida em artigos e dissertações (Leal, *op. cit.*; Nicácio, 1994, entre outros). Limito-me a citar aqui um texto talvez pouco conhecido no meio acadêmico, uma vez que publicado em uma revista política, a revista teórica do Partido dos Trabalhadores (partido responsável pela administração municipal quando da intervenção, em 1989, e quando da substituição do manicômio pela rede de serviços não-asilares, nos anos que se seguiram). O texto é de Antonio Lancetti, um dos coordenadores do programa, e foi escrito em 1989, após quatro meses de ocupação. Trata-se de um artigo de apresentação e análise dos primeiros passos da experiência, não sendo, portanto, do ponto de vista metodológico estrito, uma fonte primária. Porém, seu caráter de revista política do partido que protagonizava o processo — portanto um órgão de propaganda — e o tom do documento, por assim dizer, engajado e militante, fazem com que ele tenha o valor de uma fonte primária, um documento de divulgação da ação política

e veiculação de seus valores. Permito-me, assim, uma citação mais longa, para recuperar o frescor e a intensidade daqueles acontecimentos:

Desde 3 de maio último um grupo de trabalhadores da Saúde está gerindo o único hospital psiquiátrico da Baixada Santista. ... A Casa de Saúde Anchieta, nos últimos dois anos, funcionava com 145% de ocupação: para 290 lugares (camas), uma média de 470 internados ... : celas fortes, um pátio (como todo frenocômio, uma ala masculina e uma feminina), sem nenhuma atividade para os pacientes; a 'reserva', área destinada aos mais indisciplinados onde dezenas de seres humanos permanecem nus ou seminus e amontoados; medicação padronizada, eletrochoques punitivos

Logo no primeiro dia foram arrancadas as portas das celas fortes, proibidos os eletrochoques, todas as formas de maus-tratos físicos ou psicológicos; foi permitido o acesso dos pacientes aos dormitórios e visitas todos os dias da semana. ... Os antigos médicos tinham abandonado os plantões. Poucos que éramos, organizamo-nos com os pacientes Foram organizadas as enfermarias, cada paciente começou a dormir numa cama onde está escrito seu nome (anteriormente os mais fortes ocupavam a cama e os outros dormiam no chão). ...

Estamos transformando um depósito num hospital e ao mesmo tempo desmontando-o. Quando estas linhas estiverem publicadas já estará funcionando o primeiro centro psicossocial, na zona noroeste de Santos, a de maior concentração operária (Lancetti, 1989, pp. 60-4).

A última frase aponta para os desdobramentos do processo: a criação de uma rede de cuidados, tendo os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) como eixo. Os Naps são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, cada unidade dispondo de seis leitos, aproximadamente (Leal, op. cit., pp. 84 e ss.). O serviço deve oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível.

Para tornar efetivamente prescindível a figura do manicômio, a experiência de Santos inspirou-se em um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, mas operou segundo um programa muito objetivo no plano prático, com duas grandes linhas de trabalho: a criação de uma rede de serviços alternativos ao

manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais (Capistrano Filho, 1991, p. 81).

Como se sabe, a vitória do campo conservador nas eleições municipais de 1996, ratificada em 2000, delineou um quadro de grave ameaça ao Programa de Saúde Mental. Embora nenhum dos cinco Naps tenha sido fechado, equipes foram desarticuladas, lideranças do processo estão sofrendo forte retaliação e os antigos proprietários da Casa de Saúde Anchieta estão tentando reaver judicialmente a propriedade da clínica, com o beneplácito da administração atual. Mesmo com seu futuro ameaçado, porém, a experiência de Santos continua sendo uma referência paradigmática da implementação de novas formas de tratar em saúde mental.

Outro marco inaugural dos novos paradigmas de cuidados em saúde mental no Brasil é o Centro de Atenção Psicossocial — Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Funcionando desde 1987, o Caps tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira.

À diferença da experiência de Santos, que consiste de todo um programa de políticas públicas, o Caps Luiz Cerqueira é uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo. O caminho de reflexão que veio a trilhar situa-se mais estritamente no interior da clínica, o que não quer dizer que se reduza às meras reformulações técnicas que caracterizaram a fase inicial da reforma, anteriormente citada. O questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico é colocado não em uma perspectiva externa à psiquiatria, mas no sentido de, internamente ao campo, produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e a cura. A clínica do Caps, portanto, não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar.

Basicamente, o Caps é um serviço de atendimento-dia, em que o paciente passa o dia e à noite volta para sua casa. Vimos anteriormente que o ambulatório, na década de 1980, não funcionara como barreira à prevalência da internação como forma de tratamento. O Caps Luiz Cerqueira e os Caps que nele se inspiraram partem da constatação de que a especificidade clínica da clientela-alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida gerada pela doença e às possibilidades de expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal.

Assim, os Caps fundamentam-se na idéia de que o tratamento dos pacientes psiquiátricos graves exige “condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos” (Goldberg, 1994, p. 22). O atendimento-dia, que possibilita que o paciente compareça todos os dias da semana se necessário, articula-se a outras características específicas, como a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a constituição de uma equipe

multiprofissional. Busca-se oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar.

O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado “extraclínico”. O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os Caps, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.).

A reformulação da instituição de cuidados em saúde mental, segundo Goldberg (*idem*, p. 21), depende de uma reformulação conceitual quanto ao que está em jogo na doença mental: a doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência. Deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, “em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente”.

Sem dispensar o saber tradicional da clínica, a psiquiatria dita renovada incorpora outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações, constituindo o que Goldberg chama de “campo terapêutico em expansão”. No vocabulário da reforma psiquiátrica consagrou-se a expressão ‘clínica ampliada’ para denotar esse novo paradigma (Leal, *op. cit.*; Tenório, 1995).

Como se verá em seguida, o Caps Luiz Cerqueira inspirou a criação de dezenas de outros Caps, em regiões diversas, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental no país. Os Caps e Naps vieram a ser regulamentados em plano nacional pelo Ministério da Saúde, através das portarias 189, de 1991, e 224, de 1992.

O balanço positivo da década de 1990

A década de 1990 viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Não se pode dizer que a prevalência do manicômio como

principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada. Mas pode-se dizer, sem exagero, que se construiu uma nova hegemonia. Entre os muitos pontos a destacar, estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (no caso do Rio de Janeiro, nos três níveis gestores: federal, estadual e municipal); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo (veja-se, por exemplo, a coincidência significativa de duas escolas de samba cariocas terem abordado o tema no carnaval de 1998).

Partindo do nível central de gestão (a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde), vejamos em dados simples e rápidos os índices de dez anos de políticas reformistas.

Desde 1991, quando Domingos Sávio Nascimento Alves e equipe assumiram a coordenação, o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para a criação de uma rede extra-hospitalar, priorizando a remuneração do atendimento alternativo à internação (especialmente os serviços-dia) e apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. Paralelamente, foram instituídas e efetivamente observadas regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados.

Em novembro de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional, no rol dos 'procedimentos' e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse ato está em que, até então, não havia, no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas). Em janeiro de 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos Caps e Naps e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo.

A portaria 224 divide o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos de atendimento, o hospitalar e o ambulatorial. O atendimento hospitalar compreende a internação e a semi-internação, esta última na forma dos hospitais-dia ("recurso intermediário entre a internação e o ambulatório ... visando substituir a internação integral ... pelo máximo de 45 dias corridos"). O atendimento ambulatorial compreende o ambulatório propriamente dito (na acepção tradicional) e os Caps e Naps, considerados ambulatoriais em sentido amplo, à

medida que não-hospitalares, mas distintos do ambulatório como estrutura específica.

Os Naps e Caps são definidos como “unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social” (Ministério da Saúde/Brasil, 1994).

Da regulamentação ministerial, importa chamar a atenção para o seguinte: embora pertençam ao grupo do atendimento ambulatorial, os Caps e Naps são estruturas específicas, diferentes do ambulatório *stricto sensu*; embora os hospitais-dia tenham sido os precursores históricos dos Caps, a expressão hospital-dia passa a designar uma estrutura propriamente hospitalar, de semi-internação, com duração máxima de 45 dias, podendo-se deduzir que ela visa a oferecer atendimento intensivo em períodos mais agudos, para evitar internação, ou em saídas de internação, como estrutura de passagem.

Em discussões sobre o tema nos fóruns especializados, o coordenador de Saúde Mental à época da regulamentação, dr. Domingos Sávio, mais de uma vez esclareceu que a distinção dos Caps e Naps com relação aos hospitais-dia obedeceu sobretudo a razões de financiamento, visando a viabilizar o direcionamento dos recursos públicos para as novas estruturas não pertencentes ao universo hospitalar, reaproveitando-se uma antiga nomenclatura para designar um recurso intermediário, de semi-internação, ainda pouco freqüente na rede.

É preciso, portanto, ler a regulamentação segundo uma análise que vá além da nomenclatura e procure entender o que efetivamente está querendo se implementar ou garantir. Nos dois aspectos anteriormente mencionados, a portaria tenta regulamentar e incentivar uma tendência já existente: os Caps e Naps são estruturas cuja fundamentação técnica e teórica se fez em torno de estabelecer sua especificidade tanto com relação ao ambulatório (pelas razões que já vimos) quanto com referência ao hospital-dia (pelo caráter não-hospitalar que se quer dar à assistência, na recusa do modelo biomédico, sintomatológico etc.). No entanto, é importante assinalar que, na história recente da reforma, muitos serviços que já trabalhavam em regime de atendimento diário e denominavam-se hospitais-dia vão se consolidando como serviços de cuidado ampliado, na perspectiva dos Caps.

Assim, na situação atual da assistência psiquiátrica brasileira, sob a designação hospital-dia podemos encontrar tanto estruturas asilovicinais quanto as estruturas de semi-internação descritas na portaria e, ainda, estruturas que atendem plenamente aos requisitos de

substituição asilar. Tanto que, nas estatísticas da substituição do manicômio no Brasil, Caps e Naps são contabilizados junto com hospitais-dia, centros de atenção diária (CAD), centros de convivência etc.

Um terceiro aspecto da portaria deve ser observado: na regulamentação legal, Caps e Naps não se distinguem um do outro. Não é essa, porém, a realidade concreta da reforma, que já constitui uma pequena tradição. Como vimos, os Naps surgiram no Programa de Saúde Mental de Santos, encarregados de responder de forma plena pela demanda de saúde mental da região de referência. Por isso, de sua estrutura e funcionamento foi exigida uma alta capacidade de resolução em termos de atendimentos externos, articulação com outros dispositivos e atendimento à emergência. Assim, os Naps têm inclusive funcionamento de emergência durante 24 horas e uma estrutura mínima de leitos. Além disso, não se trabalha com uma limitação numérica de clientela, já que devem-se atender, ou ao menos dar algum encaminhamento, virtualmente a todas as demandas em saúde mental do território de referência.

Já os Caps tendem a ser regionalizados em termos da adscrição da clientela, embora eles sejam desobrigados a apresentar a mesma capacidade de resolução para as emergências e a dar conta da totalidade da demanda de saúde mental — em geral limitando o atendimento à clientela inscrita no serviço e às triagens, com funcionamento diurno e restrito aos dias úteis e sem leitos de internação ou acolhimento-noite. Assim, o funcionamento ordinário dos Caps pode ser semelhante ao dos Naps, mas a inexistência de leitos, de atendimento de 24 horas e de uma definição mais firme quanto à sua função perante o território implica diferenças significativas.

Como resultado da política de incentivo às unidades abertas e de imposição de regras e limites à internação hospitalar, em cinco anos, 57 hospitais psiquiátricos foram fechados (nove públicos e 48 contratados), com o total de hospitais psiquiátricos diminuindo de 313 (54 públicos e 259 contratados) para 256 (45 públicos e 211 contratados). O número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 85 mil para 62 mil, em números aproximados, dos quais cerca de 20% públicos e 80% contratados (Alves, op. cit.).

À diferença de outras áreas de saúde, na psiquiatria, a diminuição do número de leitos e hospitais é um índice positivo — desde que acompanhado pela criação de alternativas de assistência. As análises existentes convergem ao apontar que o processo em curso no país não consiste em um desmantelamento da rede hospitalar, mas na sua transformação para alternativas não hospitalares (Alves, op. cit.). Na primeira metade da década de 1990, foram inaugurados quase cem serviços de atenção diária: em abril de 1996, os dados disponíveis registravam 106 serviços de atenção diária, sendo que este tipo de serviço praticamente inexistia seis anos antes. Na ocasião, considerava-

se que a substituição asilar vinha acontecendo “de maneira inequívoca e regular no Brasil nos últimos dez anos”, e que se podia esperar uma aceleração do processo (Delgado, 1997a, p. 9). De fato, o ritmo foi mantido na segunda metade da década até os dias atuais: em setembro de 2001, na Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, divulgava a existência de 275 serviços dessa natureza no país.

É preciso, porém, analisar os números à luz da necessidade do sistema público de saúde. Como não se trata da mera expansão de um modelo de assistência, mas da criação de um novo modelo, com mudança de paradigmas e profunda ampliação do escopo e do rol de procedimentos mobilizados no cuidado, a estimação das necessidades tem sido reajustada ao longo do processo. Em 1997, Delgado observava que a redução de leitos — altamente positiva — vinha sendo acompanhada de uma taxa de criação de Caps e Naps insuficiente quando comparada com as necessidades projetadas.

Tomando como referência, para fins de ilustração, o parâmetro de Santos, em que um Naps relaciona-se a uma população de 85 mil a cem mil habitantes da região, Delgado (1997b) afirmava que nosso país deveria chegar a uma rede de atenção psicossocial com cerca de 1.600 serviços. Em 2001, já na condição de coordenador nacional de Saúde Mental, ao mesmo tempo que anunciava a existência de 275 serviços-dia, Delgado redimensionava o quantitativo necessário de Caps e Naps, estimando a necessidade do país em 750 serviços dessa natureza.

O redimensionamento coincide com o parâmetro adotado pelo Instituto Franco Basaglia (organização não-governamental que presta apoio técnico ao Programa de Caps do município do Rio de Janeiro), citando normas internacionais, de um Caps para cada 250 mil habitantes. Considerando a rede como um todo, para além dos Caps e Naps, Delgado informava que, segundo dados epidemiológicos, 3% da população exigem cuidados contínuos em saúde mental (isto é, considerando aqueles que não chegam a precisar de um Caps, mas devem seguir tratamento regular em algum dispositivo, como o ambulatório de consultas, por exemplo). No caso brasileiro, isso representa de cinco a seis milhões de pessoas. Segundo Delgado, em setembro de 2001, o Ministério da Saúde estima em apenas quinhentos mil o número de pessoas assistidas por cuidados contínuos por parte do sistema público de saúde mental.

Em resumo, há muito por fazer e o desafio é duplo, à medida que consiste em estender a cobertura em saúde, visando a promover o acesso universal, e ao mesmo tempo inverter a lógica do modelo assistencial. Os números, porém, não são ruins. Ainda que se esteja longe de superar a prevalência do hospital de internação, o processo caminha de maneira consistente, vigorosa e promissora (Alves, op. cit., p. 23). O balanço não só da última década, como do movimento como um

todo, desde o seu início, há pouco mais de vinte anos, é altamente positivo. Deve ser comemorado e servir de estímulo para mais e novos esforços.

Amostra da fertilidade e da riqueza do processo de criação de novas modalidades de cuidado em todo o país são as publicações que, sem pretensões exaustivas, veiculam a apresentação de novos serviços (entre outras, Pitta, 1996; Venancio *et alii*, 1997; Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1999). À guisa de ilustração, citemos a situação do estado do Ceará, relatada na compilação organizada por Pitta: entre 1991 e 1996, cinco Caps foram criados, em diversas cidades do estado. A cidade cujos resultados estão registrados de forma mais sistemática é Quixadá. Sem estrutura de internação na própria cidade, a Secretaria Municipal de Saúde encaminhava para Fortaleza uma média de duas internações psiquiátricas por mês. Desde a implantação do Caps, a média foi reduzida para uma internação a cada oito meses, e o artigo registra que situações de emergência têm sido manejadas resolutamente, inclusive nas próprias residências, por meio de visitas domiciliares. Um dado clínico muito significativo em termos de saúde pública, e para além da reforma psiquiátrica, diz respeito à dispensação de tranquilizantes e indutores do sono, que, com o Caps, baixou de 4.500 para 1.500 comprimidos/mês, a despeito do aumento do número de pacientes atendidos (Sampaio *et al.*, 1996).

É importante mencionar dois outros aspectos da situação nacional. O primeiro deles é o incentivo aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em substituição à internação no hospital psiquiátrico. Ainda que contenham aspectos problemáticos do ponto de vista da reforma (sobretudo a arquitetura médico-hospitalar), os leitos psiquiátricos em hospital geral costumam representar uma tendência de diminuição do tempo de permanência e, sobretudo, têm o sentido maior de romper com a cultura segundo a qual lugar de louco é no hospício. No entanto, se já foram consideradas em dado momento um elemento estratégico das transformações da assistência, as unidades psiquiátricas em hospital geral são vistas, hoje, como desempenhando um papel mais modesto, qual seja, o de compor uma espécie de retaguarda hospitalar para a rede de atenção psicossocial (na qual Caps e Naps têm o papel estratégico central).

Um último ponto diz respeito à participação da sociedade no processo da reforma e à ampliação dos setores nele envolvidos. Neste aspecto, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira. A intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental deixa-se ver no fato de que 20% dos delegados à conferência eram representantes dos usuários dos serviços (pacientes) e de seus familiares. O relatório final da conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a

reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. São estabelecidos ali dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania. Segundo essa referência, são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização.

As recomendações gerais sobre o modelo de atenção propunham a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de “ruptura com o modelo hospitalocêntrico” e de garantir “o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte” (Ministério da Saúde/Brasil, 1994, p. 22). O relatório pedia ainda a implementação de programas de atenção em saúde mental na perspectiva da municipalização, já prevista em lei.

Se a superação da trajetória sanitária deu-se pela percepção de que a perspectiva macroadministrativa tinha pequeno efeito tanto na representação social da loucura quanto no ato de saúde propriamente dito, um dos êxitos da atual gestão das políticas em saúde mental é o fato de se ter conseguido que o redirecionamento do financiamento público e o maior controle sobre o funcionamento dos hospitais tenham um efeito sobre o ato de saúde, seja pela limitação dos abusos, seja pela implementação de serviços de novo tipo. É ainda relevante que a ação oficial não se tenha feito à margem da incorporação dos atores sociais, mas, ao contrário, em sintonia com estes novos protagonistas (cuja participação, diga-se, jamais dependeu da iniciativa oficial, ainda que venha sendo incentivada pelos atuais gestores).

Pode-se dizer que o avanço vigoroso e consistente da reforma psiquiátrica brasileira na década de 1990 prossegue nos primeiros anos da presente década, inclusive com a aprovação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001. Antes de discuti-la, porém, vejamos as linhas gerais do processo de reestruturação da assistência no município do Rio de Janeiro, que teve início em 1995.

A reestruturação da assistência no Rio de Janeiro

Em setembro de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) assumiu a gestão do SUS na cidade. Segundo publicação da Secretaria (SMS, 1997), três pontos organizam, desde então, a reestruturação em curso da assistência em saúde mental no município: o controle da rede hospitalar existente, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e, principalmente, o programa de implantação de uma rede de Caps regionalizada.

O acompanhamento da rede hospitalar pela SMS começou dois anos antes, em 1993, mas já no começo da década de 1980, o antigo Inamps tomara uma medida importante na viabilização de uma gerência pública do setor: o controle da entrada para a internação na rede, que

passaria a se dar exclusivamente pelos ‘pólos de internação’, então criados para funcionar nas unidades públicas, distribuídos por áreas de planejamento.

Como já foi dito, uma marca do sistema de internações psiquiátricas públicas no Brasil é o fato de elas não acontecerem apenas nos hospitais públicos propriamente ditos, mas em instituições privadas que são remuneradas pelo setor público para oferecerem internação à população atendida a expensas do SUS. Dos cerca de 62 mil leitos em hospitais psiquiátricos mantidos pelo SUS em 1996, aproximadamente cinquenta mil (80%) eram leitos contratados em instituições privadas. Para 45 hospitais públicos, havia 211 contratados. A maioria dessas clínicas tem como única fonte de receita as verbas públicas, que só se lhe são destinadas como pagamento de internações.

Em uma área da medicina em que a indicação da internação raramente é cabal, ‘cientificamente indiscutível’, mas, ao contrário, depende em larga medida da aposta do profissional responsável pelo ato de saúde, tal situação desempenha papel importante na confluência de forças de diversas naturezas, que induzem à internação. O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios financeiros significativos com as internações (sua única fonte de lucro) e havia total falta de controle por parte do Estado — tem-se aí um verdadeiro empuxo à internação, e pode-se perceber por que o sistema veio a ser chamado de indústria da loucura. Documento do Inamps, de 1983 — já citado anteriormente — apontava o “sinergismo que ocorre entre o modelo assistencial prevalente (asilar), a modalidade da contratação dos serviços no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle” (Leal, op. cit., p. 12).

A iniciativa de fazer passar as internações pelo controle público destes pólos configurou “um esboço de gerência daquilo que parecia ingerenciável” (Delgado, 1997a, p. 41). O monitoramento das guias de internação permitiu a redução do número de internações abusivas (tecnicamente não indicadas), um mapeamento mínimo do fluxo de pacientes em termos de identificação, características clínicas e domicílio e um início de racionalização da distribuição geográfica dos serviços. Os atuais gestores da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro observam que, embora tenha tido pequena eficácia em termos de planejamento, a iniciativa representou um “controle da porta de entrada do sistema hospitalar” e “possibilitou a redução das internações” (Fagundes *et al.*, 1997, p. 30). No entanto, a escassez ou mesmo inexistência de serviços que não fossem de internação não permitiu que o quadro geral da assistência mudasse.

No mesmo ano em que assumia a gestão do SUS (1995), a SMS realizou, com o apoio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da

Fundação Oswaldo Cruz, o primeiro Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da cidade. O censo teve como objetivo levantar o perfil clínico e socioeconômico desta população, para subsidiar o planejamento para alocação de serviços não manicomial, além, é claro, de representar uma iniciativa de controle sobre a assistência prestada na rede hospitalar, sobretudo a conveniada. Foram recenseados todos os pacientes internados a expensas do SUS no município na data de referência de 24.10.1995, em um total de 3.235. Não foram incluídos os pouco mais de mil pacientes de longa permanência institucional que residem nos antigos pavilhões da Colônia Juliano Moreira desde que as internações foram ali suspensas, em 1982, e que haviam sido recenseados anos antes.

O censo abrangeu dados socioeconômicos (como situação laborativa, situação conjugal, fonte de renda, condições de moradia etc.), dados clínicos (diagnóstico atual, outros diagnósticos encontrados no prontuário, medicação de que faz uso, número de internações etc.) e dados que dizem respeito à qualidade do cuidado oferecido (como a distância entre a última prescrição medicamentosa e o dia de referência do censo, ou a participação do paciente em tratamentos não psiquiátricos *stricto sensu*, como terapia ocupacional, serviço social, atendimento em psicologia, fisioterapia, entre outros) (para uma exposição mais completa sobre o censo, ver Tenório, 1996; Fagundes *et al.*, op. cit).

Além da coleta dos dados quantitativos, os pesquisadores fizeram diários de campo que subsidiaram a elaboração de um relatório qualitativo sobre cada uma das vinte instituições visitadas. Pela gravidade da situação descrita, os relatórios referentes às clínicas Amendoeiras, Monte Alegre, Doutor Eiras e Humaitá foram tornados públicos imediatamente. Registrando o horror das clínicas de internação, esses relatórios acabaram por produzir um fato político importante da história recente da assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro: quando, meses depois do censo, 98 pacientes da Clínica (geriátrica) Santa Genoveva morreram em consequência das condições insalubres do local, os quatro relatórios principais foram divulgados pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e tiveram ampla repercussão na imprensa.

Embora não fosse psiquiátrica e não tivesse sido recenseada, a Clínica Santa Genoveva pertencia a Eduardo Spíndola, também proprietário da Casa de Saúde Humaitá, instituição apontada como uma das mais graves situações encontradas pelo censo. Em 5 de junho de 1996, o *Jornal do Brasil* (7.8.1996) publicava em manchete de primeira página: “Relatório aponta violência em clínicas psiquiátricas do Rio”. Na página interna, a matéria tinha como manchete “Relatório mostra o inferno”, seguida do subtítulo: “Censo encomendado pela SMS aponta o descaso com que as clínicas tratam os deficientes mentais”, e citava trechos dos relatórios da Humaitá, Amendoeiras e Monte Alegre.

A discussão sobre a assistência psiquiátrica foi destaque dos jornais durante semanas, e o *Jornal do Brasil* (7.6.1996) chegou a publicar editorial com o título “Seqüestros oficiais”, falando em privatização do dinheiro público e abordando os laços políticos que sustentam o sistema, como, por exemplo, o fato de que os donos de hospitais são a terceira maior fonte de recursos de financiamento das campanhas eleitorais, depois dos bancos e das empreiteiras. Como desdobramento direto ou indireto daquela fiscalização, a Clínica Monte Alegre foi fechada, e as clínicas Casa de Saúde Doutor Eiras (Botafogo) e Casa de Saúde Humaitá não recebem, hoje, pacientes do SUS.

Quanto aos aspectos quantitativos, os gestores da saúde mental no município destacam que os dados relativos à situação social, familiar e previdenciária contradizem a idéia de que a clientela internada não dispõe de laços familiares e possibilidade de suporte social (informação importante para qualquer plano de diminuir a hospitalização): pesquisa em prontuários constatou que 63% dos pacientes internados recebiam visitas durante a internação; indagados, 70% disseram que contam com seus familiares; finalmente, embora 47% não disponham de qualquer vínculo previdenciário, 37% percebem renda própria e 29,6% contam com suporte financeiro da família (Fagundes *et al.*, op. cit., pp. 31-3).

Quanto à assistência propriamente dita, percebe-se alta taxa de reinternações, e uma constatação é chocante: embora 99% das instituições estejam credenciadas no SUS como dispondendo de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, clínicos e/ou fisioterapeutas, 61% dos pacientes internados não recebem outro tipo de atendimento que não a consulta psiquiátrica *stricto sensu*. Com vistas à reestruturação da rede, são mais importantes as indicações de que em geral não há tratamento ambulatorial subsequente, e que 56% dos pacientes internados na ocasião do censo faziam da internação o seu único tratamento. Simplesmente, não seguem tratamento quando saem de internação.

Em resumo, o censo deu números à insuficiência do sistema hospital-ambulatorio para o atendimento continuado à clientela psiquiátrica grave e forneceu um mapa das necessidades da rede, fundamentando, enfim, a reestruturação da assistência no Rio de Janeiro.

Esta reestruturação teve como principal pilar a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). As características básicas destas estruturas já foram mencionadas: devem oferecer condições que inexitem nos ambulatorios, no sentido de uma atenção diária e integral; devem ser regionalizados e oferecer um tratamento dito comunitário ou ‘territorializado’, isto é, que não retire o paciente de seus vínculos sociais e baseie-se não apenas nos recursos da instituição mas nos recursos comunitários; devem oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas; e devem

incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como 'extraclínicas'. À diferença dos Naps, e em consonância com a situação nacional, os Caps do Rio de Janeiro não oferecem atendimento 24 horas nem leitos de permanência.

A inauguração do primeiro Caps da rede municipal no Rio de Janeiro deu-se em 1996. Desde então, foram inaugurados, no total, seis Caps de adultos e dois infanto-juvenis. Cada unidade tem abrangência territorial regionalizada e deverá ser responsável, paulatinamente, pelo atendimento de até 150 pacientes e suas famílias. A Gerência de Saúde Mental da SMS informava, em 1997, que se pretendia criar pelo menos um Caps em cada uma das dez áreas de planejamento da cidade, atendendo-se, a médio prazo, pelo menos mil pacientes (Fagundes *et al.*, op. cit., p. 33). Além dos Caps inaugurados, foram integrados à gestão da SMS os serviços de atenção diária das duas grandes unidades municipalizadas em 2000, o Instituto Philippe Pinel e o Centro Psiquiátrico Pedro II (agora Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira).

Dados de julho de 2001 contabilizam cerca de novecentos pacientes em tratamento no total dos seis Caps de adultos inaugurados, mais 350 nos serviços municipalizados, totalizando 1.250 pacientes adultos atendidos, junto com seus familiares, no Programa de Caps. Deve-se mencionar ainda a existência no município de serviços-dia que funcionam na rede pública, porém fora da gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde: os do Ipub-UFRJ e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), universitários; e o do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, ligado à Secretaria Estadual de Saúde. No total, são 16 serviços de atenção diária públicos funcionando no município: 12 de adultos e quatro infanto-juvenis.

Como se vê, o número total de pacientes atendidos já supera o planejamento inicial, mas duas observações devem ser feitas: a distribuição dos serviços na cidade não contempla a regionalização almejada, havendo concentração desproporcional às necessidades de cada área de planejamento; além disso, podemos supor que o planejamento inicial levava em conta, lado a lado com o ideal almejado, as possibilidades efetivas do poder público municipal, não abarcando obrigatoriamente, a curto prazo, a necessidade real.

O Programa de Caps do município pode ser considerado bem-sucedido até o momento, não dá mostras de que recuará e já permite algumas reflexões visando ao seu aperfeiçoamento. Os Caps do Rio, de modo geral, não trabalham com a exigência de responsabilidade plena perante o território (que, como vimos, caracteriza os Naps), mas em termos de 'clientela eletiva' e 'não eletiva' (indicada para os Caps *versus* indicada para outros serviços) e com um limite máximo de vagas. No entanto, a experiência concreta desses primeiros anos tem levado os Caps à condição de serviço global de referência indiscriminada de saúde mental em suas regiões.

Abordando, por exemplo, a implantação dos Caps na perspectiva da regionalização da assistência, Fagundes (1999, p. 34 e s.) observa que a precariedade da assistência em saúde mental em muitas regiões da cidade tem feito convergir para os Caps todo tipo de demanda. No período de janeiro a julho de 1997, o Caps de Campo Grande, por exemplo, atendeu a 424 demandas. Apenas seis resultaram em internação, e 42 pacientes foram recebidos para tratamento regular na unidade. O Caps de Santa Cruz atendeu a trezentas pessoas no período de março a julho de 1997, sendo 59 pronto-atendimentos de crise, dos quais resultaram apenas duas internações.

Esses dados indicam que os Caps estão tendo de se haver com o agenciamento de uma demanda espontânea para a qual esse tipo de unidade não foi concebida (à diferença dos Naps, que já foram concebidos para assumir responsabilidade integral no território). Mas indicam também que, premidos por essa exigência, os Caps assumiram um papel na reorganização da rede em suas regiões e estão conseguindo deter o empuxo à internação que caracteriza ainda hoje a assistência psiquiátrica brasileira. O mais importante, porém, é o fato de que esses dados indicam um caminho, o da redefinição institucional dos Caps, no sentido de assumirem formalmente a responsabilidade plena perante o território.

A Lei de Saúde Mental e as perspectivas atuais

Antes mesmo da demorada aprovação da lei nacional (a Lei da Saúde Mental), sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços, e o Ministério da Saúde editara 11 portarias que, em seu conjunto, constituem um arcabouço normativo importante, tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país (tendo-se produzido, inclusive, o fechamento de um número significativo deles, por não cumprimento das condições mínimas estabelecidas pelo ministério), quanto para o incentivo à criação de dispositivos de novo tipo, que dependiam de uma nova sistemática de financiamento público (Ministério da Saúde/Brasil, 2000).

Do arcabouço normativo, além das portarias que deram existência institucional aos Caps e Naps, já citadas anteriormente, destacam-se duas mais recentes, que instituem os “serviços residenciais terapêuticos” (106 e 1.220, ambas de 2000). Os serviços residenciais terapêuticos são casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar e servir de moradia para os pacientes “egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares” (portaria 106), a fim de viabilizar sua reinserção social. Servem a pessoas que, por terem vivido anos ou décadas internadas, transformaram-se em moradores de hospital, perderam

¹ Na cerimônia de promulgação da lei, em 6 de abril de 2001, o presidente da República concedeu com a Ordem do Mérito Médico os drs. Davi Capistrano Filho (*post mortem*) e Domingos Sávio Nascimento Alves. Ambos foram citados neste artigo como autores e referidos como protagonistas do processo da reforma brasileira. Davi Capistrano foi Secretário Municipal de Saúde e depois prefeito de Santos, por ocasião da implementação do Programa de Saúde Mental daquela cidade, cujo pioneirismo e importância já foram destacados. Domingos Sávio assumiu a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde no ano de 1991 e liderou a revisão da política de financiamento público e a implementação do arcabouço normativo (portarias e resoluções) que, antes mesmo da aprovação da lei, imprimiram nova inflexão ao sistema de saúde mental no país. A data escolhida para a assinatura da Lei aproveitava a feliz coincidência de 7 de abril ser o Dia Mundial da Saúde e, pela primeira vez em meio século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter dedicado a data e o ano à Saúde Mental, com o lema “cuidar sim, excluir não”. A Domingos, com quem tenho o privilégio de conviver na militância da reforma, e a Davi, presto também minha homenagem.

seus laços sociais e familiares e tornaram-se dependentes de uma instituição asilar.

Trata-se aí de permitir que essas pessoas tenham uma moradia assistida, porém fora do ambiente hospitalar, com arquitetura, espaço físico e mobiliário adequados a uma casa, e que elas sejam acompanhadas em seu processo de reabilitação psicossocial. A portaria ataca ainda o fato de que os interesses da empresa hospitalar privada, em geral, são incompatíveis com a ‘desospitalização’, ao obrigar que os serviços de residência terapêutica sejam “exclusivamente de natureza pública”, com uma ressalva para o setor nãogovernamental ‘sem fins lucrativos’.

Além de ser um instrumento efetivo de recuperação de cidadania, a portaria faz deste resgate um operador da substituição asilar, uma vez que prevê que “a cada transferência de paciente do hospital especializado para o serviço de residência terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital”, realocando-se o recurso correspondente. Neste último ponto, a portaria é emblemática e instrutiva quanto à lógica que deve guiar a substituição asilar: não se trata de ‘fechar leitos’ ou eliminar recursos, mas de substituí-los por outros dispositivos, melhores; não se trata de diminuir o cuidado, mas de melhorá-lo — na portaria, o fechamento do leito se dá depois e como consequência da implementação da vaga em residência terapêutica.

Em 6 de abril de 2001, como já foi mencionado, o presidente da República sancionou a Lei de Saúde Mental (lei 10.216), aprovada pelo Congresso Nacional semanas antes.¹ A aprovação da lei aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. Nesse período, o texto sofreu inúmeras mudanças — que o amenizaram, é verdade, mas que produziram, assim mesmo, uma lei progressista. Embora não tenha o impulso extraordinário que o texto original significaria, deve-se considerar que ela representa uma vitória importante, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país.

O maior obstáculo concreto à reforma, ainda hoje, é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado, à medida que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente. Nessa perspectiva, a força deste modelo (força técnica, cultural, econômica e política) exige a imposição de limites claros à sua reprodução. *Grosso modo*, a progressiva extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes, isto é, competentes e duradouras; e a desconstrução do circuito manicômio-dependente.

O Projeto Paulo Delgado contemplava esses dois aspectos. A lei agora em vigor não é tão firme em relação a nenhum deles, mas estabelece uma inflexão positiva. No essencial, ela estabelece uma

diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Embora a limitação da internação à situação em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes tenha pouco efeito prático, a lei estabelece que o tratamento visará, “como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º). Obriga ainda que o tratamento em regime de internação contemple atendimento integral, inclusive não-médico e com atividades de lazer e ocupacionais (art. 4º, § 2º), e proíbe a internação em “instituições com características asilares”, que define como aquelas “desprovidas dos recursos” mencionados anteriormente (art. 4º, § 3º). Isso representa um instrumento de controle dos hospitais de internação.

No seu artigo 5º, a lei obriga a elaboração de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” para o paciente “há longo tempo institucionalizado” e para as situações de “grave dependência institucional” (clientela que hoje lota os asilos). Neste ponto, a lei faz alusão aos chamados ‘serviços residenciais terapêuticos’ de que já tratamos, moradias assistidas para aqueles que não podem mais prescindir de um cuidado institucional mais ou menos permanente, por força de sua doença ou por sofrerem as conseqüências de internações asilares prolongadas. Isso nos faz ver que a lei é apenas o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo feito pelo Executivo através das portarias ministeriais e que representa, em seu conjunto, o estrangulamento do modelo centrado do hospital e a implementação progressiva da rede multiinstitucional de atenção psicossocial que tornará prescindível o manicômio.

Em um primeiro escrito sobre o assunto, Pedro Gabriel Delgado (2001, p. 287) já indica algumas conseqüências imediatas (conseqüências que podem e devem surgir, uma vez que a lei já está em vigor e não precisa de regulamentação complementar). Destaco duas, dizendo respeito aos direitos do paciente. A primeira é a implementação, nas emergências psiquiátricas, da exigência de notificação ao Ministério Público Estadual das internações involuntárias, isto é, feitas sem o consentimento do paciente. Isso representará maior controle sobre a internação, visando a coibir as internações desnecessárias e abusivas — a internação psiquiátrica decidida pelo médico à revelia do paciente continua existindo, e isso é importante enfatizar, pois os adversários da reforma acusam-na, entre outras coisas, de “acabar com as internações”, mas deixará de ser feita “ao largo dos dispositivos de defesa individual”.

A segunda diz respeito à regulação jurídica (civil e penal) da loucura e vai além do que está explicitamente referido no texto legal. Embora não mencionem especificamente a questão da capacidade civil, os dois primeiros artigos da lei tratam da defesa dos direitos do paciente. Delgado propõe que eles sirvam de mote para que o Ministério Público estenda à questão da incapacidade civil a necessidade de acompanhamento e fiscalização. Para além

das circunstâncias em que a incapacidade civil do louco (a curatela) é buscada por razões inconfessáveis (e facilmente conseguida), hoje, mesmo nas situações onde há boa-fé, ela é o caminho mais comum para que o paciente consiga o benefício previdenciário por incapacidade laborativa. É urgente, afirma Delgado (op. cit., p. 286), “que (se) distinga com clareza e eficácia administrativa a incapacidade laborativa da incapacidade civil”.

Ainda acerca da regulamentação legal e normativa, quero destacar o seguinte: a reforma psiquiátrica tem sido feita no Brasil, ao longo dos últimos vinte anos, paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos. Nas últimas duas décadas, deu-se uma nova direção ao modelo assistencial e conseguiu-se estabelecer as bases de uma nova maneira de tratar a doença mental, para além inclusive do universo psiquiátrico. Falo em ‘direção’ e em ‘bases’ sabedor de que a atenção psicossocial comunitária ainda não é nem de longe a realidade hegemônica na rede, mas insisto: a reforma caminhou firme e promissora antes mesmo da aprovação da lei. A entrada em vigor de uma lei de saúde mental progressista representará um novo impulso, uma mudança qualitativa, à medida que pudermos tirar dela as conseqüências necessárias.

Quando este artigo tiver sido publicado, provavelmente já se terá realizado a III Conferência Nacional de Saúde Mental (prevista para dezembro de 2001), visando a fundamentar e impulsionar a transformação do modelo assistencial no sentido indicado pela lei. Precedida de conferências estaduais em todas as unidades da federação e de diversas conferências municipais ou regionais, e contando com grande participação de profissionais, gestores, usuários e familiares, a conferência deve representar um passo à frente em relação à anterior, de 1992. Não se trata mais de propor um novo modelo, mas de mostrar como tem sido possível implementá-lo e discutir o que se deve fazer para, com o auxílio de uma lei nacional e da renovada participação social, estendê-lo ao conjunto da rede assistencial no país.

Conclusão

Uma avaliação do processo aqui historiado, mesmo que interessada em questionar seus aspectos eventualmente problemáticos, deve partir do reconhecimento de que a reforma psiquiátrica brasileira é um processo positivo e até aqui bem-sucedido. Os fatos e as análises apresentadas ao longo do artigo demonstram que ela tem alcançado seus objetivos, ainda que haja muito por fazer. À guisa de conclusão, portanto, parece-me mais interessante acrescentar a esse julgamento uma breve discussão sobre esses objetivos em si mesmos e sobre suas implicações na prática psiquiátrica e no laço social.

Foi citada anteriormente a afirmação de que mudar o tratamento dado ao doente mental consiste em duas grandes ações: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental (Capistrano Filho, op. cit.). Aparentemente, há aí dois planos: um mais estritamente técnico, da rede e das práticas de cuidados, e outro mais amplo, dito cultural. A discriminação desses planos é em alguma medida necessária para que não se perca a especificidade do que deve ser feito em cada frente de ação. Mas entendo que eles são no fundo um mesmo plano, dizem respeito a um mesmo fato: o agenciamento social da loucura. Vale dizer, mesmo a ação técnica mais específica está animada pela questão de como agenciar o pertencimento social do louco (no caso da reforma, de como agenciá-lo positivamente). Dessa dimensão ela extrai sua legitimidade e nela encontra seu sentido.

A formulação que proponho não deve ser confundida com a 'denúncia' de que a psiquiatria retira sua legitimidade não da ciência, mas do mandato social de controlar sem arbítrio a desordem, nem implica a adesão à tese de que o essencial da reforma não é a clínica, mas a 'ação social'. Penso que o essencial da reforma são as práticas de cuidado destinadas aos loucos, visando à manutenção do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito. A isso chamo de clínica. E a clínica é uma ação social.

O campo hoje multiprofissional da psiquiatria, fundado pelo gesto inaugural de Pinel de se interessar pela lógica da loucura e propor para ela uma terapêutica, representa a relação sistemática, não de técnicos, mas da sociedade com a loucura (relação que a reforma pretende tornar mais inclusiva). A clínica, portanto, situa-se no rol das respostas sociais à loucura e tem aí um lugar privilegiado, de possibilidade singular de trabalho.

Concluo, assim, propondo que os processos apresentados e discutidos neste artigo, que abrangem diferentes níveis, sejam colocados na seguinte perspectiva: sempre esteve na base da psiquiatria a questão problemática do agenciamento social da loucura. Quando se fala em substituição asilar, deve-se ter em mente que, há duzentos anos, a psiquiatria foi inventada e instituída como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura. Desde então, este problema, que antes batia à porta de outras instituições sociais, passou a bater à porta da psiquiatria. Na maior parte desses duzentos anos (a bem dizer, até hoje), a psiquiatria respondeu a isso com a internação, manteve como resposta a mesma prática social anterior à sua fundação e que lhe deu origem.

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz,

na sociedade. As razões pelas quais a psiquiatria não foi capaz de oferecer essa outra resposta começam no mandato social que a legitima (o mandato de reclusão dos loucos), passam pelos valores culturais e sociais mais amplos de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica e gerencial de promover com eficácia e abrangência essa outra resposta. De modo geral, a reforma enfrenta com mais eficácia cada uma dessas dimensões.

A expressão ‘problema social da loucura’ e a atribuição à psicose de um caráter refratário ao laço social não contêm juízo de valor nem engendram algum tipo de cinismo. A chamada loucura é, para o corpo social, um problema. Em certa medida, a loucura é justamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, dar conta do que aparece como incomodamente dissonante. Pode-se mesmo dizer que aquilo que aparece na cultura como diferença irreduzível é chamado de loucura — formulação que já nos faz perceber que a pretensão de harmonizar loucura e sociedade é problemática em si mesma.

A adesão aos valores da reforma, contra a segregação social da loucura, não implica qualquer romantização da loucura e não deve nos impedir de reconhecer a tensão contida no binômio sociedade-loucura. Reconhecer aí a base de nosso trabalho é um passo importante para que possamos fazê-lo com eficiência e para que possamos orientar eticamente nossas ações. É nessa tensão mesma que trabalhamos — somos, à nossa revelia ou não, agenciadores dessa tensão.

Quanto à dificuldade técnica e gerencial de viabilizar com eficácia uma resposta inclusiva: a quantidade de procedimentos sociais acionados em relação à psicose permite ver que a resposta social que ela exige está além do que o modelo assistencial centrado no hospital pode oferecer. Organizada em torno do hospital, e mais recentemente do binômio hospital-ambulatorio, a psiquiatria não incide efetivamente nas condições cotidianas de vida que empurram o paciente psiquiátrico grave para o asilamento progressivo. O grau de comprometimento da capacidade concreta de vida social acarretado pela psicose grave exige que seu tratamento, para além de ser um manejo dos sintomas da doença, seja um suporte existencial eficaz.

O sucesso da reforma — sua eficácia terapêutica e seu apelo ideológico — reside em larga medida na percepção desse fato e na construção de um amplo arcabouço de cuidados para sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados à errância ou à hospitalização quase permanente. São criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados e de cuidados integrais. São incorporados ao campo dos cuidados procedimentos e instituições tais como trabalho protegido, residências terapêuticas, lazer assistido e outras formas de intervenção ampliada. É constituída uma rede de

atenção psicossocial e a própria idéia de 'atenção psicossocial' passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental que afirma: tratar a psicose é uma tarefa que diz respeito à própria existência do sujeito assistido.

Finalmente, para além de promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento em saúde mental, a reforma psiquiátrica tem efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania brasileira. Movimentando-se no sentido contrário ao da redução das políticas sociais do Estado, ela aponta para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para a recuperação do sentido público de nossas ações. Trata-se, enfim, de uma transformação generosa e radical de algumas das mais importantes instituições sociais de nosso tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Domingos Sávio
1999 'O ex — tentando ver o futuro'.
Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, nº 14, pp. 21-30.
- Amarante, Paulo (org.)
1995 *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*.
Rio de Janeiro, SDE/ENSP.
- Bezerra Jr., Benilton
1996 'A clínica e a reabilitação psicossocial'.
Em A. Pitta (org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec.
- Bezerra Jr., Benilton
1994 'De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80'. Em Guimarães e Tavares (orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- Birman, Joel et al.
1994 'Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária'.
Em Paulo Amarante (org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*.
Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Caplan, Gerald
1980 *Princípios de psiquiatria preventiva*.
Rio de Janeiro, Zahar.
- Capistrano Filho, Davi
1991 *Santos: mil dias de governo popular*.
São Paulo, Editora Brasil Urgente.
- Delgado, Pedro Gabriel
2001 'No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica'.
Em Venancio e Cavalcanti (orgs.), *Saúde mental: campo, saberes e discursos*.
Rio de Janeiro, Edições Ipub-Cuca.
- Delgado, Pedro Gabriel
1997a 'A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial'.
Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva,
ano VI, nº 16, pp. 41-3.
- Delgado, Pedro Gabriel
1997b 'Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira'. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, nº 6, pp. 9-19.
- Delgado, Pedro Gabriel
1992 *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil*.
Rio de Janeiro, Te-Corá.
- Fagundes, Hugo
1999 'Os Caps de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial'. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, nº 14, pp. 31-46.
- Fagundes, Hugo et al.
1997 'A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução'. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, nº 16, pp. 30-5.

- Foucault, Michel
1993 *História da loucura na idade clássica.*
São Paulo, Perspectiva.
- Goldberg, Jairo
1994 *Clínica da psicose: um projeto na rede pública.*
Rio de Janeiro, Te-Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Instituto de Psiquiatria
da UFRJ
1999 *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, nº 14:
Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano.
- Jornal do Brasil
7.6.1996 'Seqüestros oficiais'.
Rio de Janeiro, Editorial, p. 8.
- Lancetti, Antonio
1990 'Loucura metódica'.
Em *Saúde Loucura 2*. São Paulo, Hucitec.
- Lancetti, Antonio
1989 'Quem manda na loucura?' *Teoria e debate: revista trimestral
do Partido dos Trabalhadores*, nº 8, pp. 60-3.
- Leal, Erotildes
1994 *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa
de saúde mental de Santos.* Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social/Uerj. (mimeo.)
- Leal, Erotildes
2000 *Legislação em saúde mental 1990-2000.*
Brasília, Série Legislação em Saúde nº 4.
- Ministério da
2000 *Legislação em saúde mental 1990-2000.*
Saúde/Brasil Brasília, Série Legislação em Saúde nº 4.
- Ministério da
Saúde/Brasil
1994 *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992).*
Brasília, Coordenação de Saúde Mental/MS.
- Nicácio, Maria
Fernanda de Sílvia
1994 *O processo de transformação da saúde mental em Santos:
destruição de saberes, instituições e cultura.* Dissertação de mestrado,
São Paulo, PUC. (mimeo.)
- Pitta, Ana (org.)
1996 *Reabilitação psicossocial no Brasil.*
São Paulo, Hucitec.
- Resende, Heitor
1987 'Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica'.
Em Tundis *et al.* (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no
Brasil*. Petrópolis, Vozes.
- Sampaio, José
Jackson C. et al.
1996 'A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro de
reforma psiquiátrica'. Em A. Pitta (org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil.*
São Paulo, Hucitec.
- Serpa Jr., Octavio
Domond de
1996 'Sobre o nascimento da psiquiatria'.
Cadernos Ipub, nº 3, pp. 15-30.
- Secretaria Municipal
de Saúde
1997 *Saúde em Foco*, informe epidemiológico em saúde coletiva, VI, nº 16.
- Teixeira, Manoel Olavo L.
1993 *O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo
das comunidades terapêuticas.* Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro,
Instituto de Psiquiatria/UFRJ. (mimeo.)
- Tenório, Fernando
2001 *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.*
Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos.
- Tenório, Fernando
1996 'Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos em
hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro'.
Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, 2ª ed. ampliada, nº 3, pp. 171-96.

- Tenório, Fernando
1995 'Considerações sobre a assistência no Instituto de Psiquiatria da UFRJ'.
Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, nº 1, pp. 65-89.
- Vasconcelos, Eduardo
1992 *Do hospício à comunidade*.
Belo Horizonte, SEGRAC.
- Venancio, Ana
Teresa et al. (org.)
1997 *O campo da atenção psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Te-Corá.

Recebido para publicação em agosto de 2000.

Aprovado para publicação em outubro de 2001.