



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Cinthia de Castro Santos Tavares Monteiro

**ENTRE ACORDOS E CONTROVÉRSIAS: análise da produção da Lei da Reforma  
Psiquiátrica Brasileira - Lei nº 10.2016/01**

Belém  
2016

Cinthia de Castro Santos Tavares Monteiro

**ENTRE ACORDOS E CONTROVÉRSIAS: análise da produção da Lei da Reforma  
Psiquiátrica Brasileira - Lei nº 10.2016/01**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Linha de pesquisa: Psicologia, sociedade e saúde

Belém

2016

Cinthia de Castro Santos Tavares Monteiro

**ENTRE ACORDOS E CONTROVÉRSIAS: análise da produção da Lei da Reforma  
Psiquiátrica Brasileira - Lei nº 10.2016/01**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia, sociedade e saúde.

---

Prof.º Dr. Pedro Paulo Freire Piani – Universidade Federal do Pará | UFPA  
(Orientador)

---

Prof.º Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca | ENSP/FIOCRUZ (Banca Examinadora)

---

Prof.ª Dr.ª Flávia Cristina Silveira Lemos – Universidade Federal do Pará | UFPA (Banca  
Examinadora)

---

Prof.ª Dr.ª Ana Cleide Guedes Moreira – Universidade Federal do Pará | UFPA (Banca  
Examinadora)

Belém, 09 de novembro de 2016.

À *Orquídea lilás*, do Jardim de Belle.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA) pelo interesse e acolhimento pela pesquisa aqui desenvolvida e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo à realização dessa pesquisa.

Ao Pedro Piani, à Flávia Lemos, ao Paulo Amarante e à Ana Cleide Guedes por terem abraçado a ideia dessa pesquisa e pelas contribuições e orientações valiosas que fizeram a essa e sem as quais essa não poderia ter sido desenvolvida.

Novamente à Flávia Lemos pela parceria e pelo incentivo em permanecer nesse caminho acadêmico e científico e por me abrir portas importantes e nas quais a partir desse momento me sinto completamente à vontade em adentrar.

Outra vez ao Paulo Amarante, minha referência desde sempre nos estudos em saúde mental e a quem devoto todo o meu respeito pela história que construiu junto à outros coletivos no percurso (que ainda traça) por uma sociedade sem manicômios. Obrigada e muito me orgulho em ter tido a honrar de sua participação neste trabalho.

Ao Arthur Leal, por ter se disposto em ajudar a desatar o “nó górdio” desse trabalho e, embora não tenhamos conseguido levar a diante a ajuda, agradeço imensamente o acolhimento. Fica aqui registado o desejo de que possamos um dia dar continuidade nessa parceria.

À Roberta Bayma e à Márcia Roberta Cardoso por terem “comprado” a pesquisa e disposto dias e dias dos seus dias para me auxiliar num projeto ainda embrionário. Pelo estímulo, pela torcida, pela força, e pelos trocados que me deram garantia, muito obrigada.

À Mariana Pereira e à Daniele Boulhosa, por terem cuidado da minha saúde mental e que sem esse staff eu não teria continuado e muito menos finalizado essa pesquisa. Pelo inferno e céu de todo dia, muito obrigada.

Aos colegas da turma de Mestrado, os que iniciaram e finalizaram comigo e aqueles que a vida faz a gente encontrar, no caso nos corredores do PPGP, e com os quais compartilhei as dores e as delícias do curso e aprendi a ser artista no nosso convívio.

À Marcela Azevedo, André Isaac, Fernanda Neta e Bruna Cruz, que me ensinaram que todas as formas de amor são justas. Muito obrigada pelos dias leves, pelos abraços intermináveis, pelas risadas escandalosas, pelas lágrimas compartilhadas e por terem sido meu veneno antimonotonia.

Ao Lucas Aguiar, pela grata surpresa de estar sempre junto. Irmão, obrigada pela paciência (risos) e por ter me permitido aprender com você, obrigada por ter me ajudado a achar minha a fonte escondida.

Ao “Jardim de Belle”, pelo apoio, pelo acolhimento, pelas oportunidades que me proporcionaram em aprender mais sobre a força da fé, da esperança e do amor, e este último sem o qual eu nada seria. Na figura de Papoula e do Dr. Salomão, muito obrigada por nunca desistirem de mim e por terem transformado o tédio em melodia.

À Camila Siqueira pela oportunidade e por compartilhar do meu desejo de ingressar na docência de ensino superior e que me fez a arrumar as malas, embalar os livros e retomar esta pesquisa semeada, nascida e criada em Belém do Pará e que agora floresce aqui na cidade de Macapá, Amapá.

Aos meus colegas professores do Colegiado de Psicologia do Instituto Macapaense de Melhor Ensino Superior – IMMES e àqueles que me foram gratas surpresas pelo caminho nas “terras Tucujús”, pelo acolhimento e apoio dedicados quando precisei.

Ao Antonio Hugo por ter estado ao meu lado sempre, e mesmo nos momentos mais difíceis quando muitos desistiriam, permaneceu ao meu lado. De tudo à mim foi atento, antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto. Viveu o amor em cada vão momento e em nome desse amor louvou e espalhou seu canto, riu seu riso e derramou seu pranto... Se cheguei até aqui foi porque você segurou a minha mão e caminhou comigo, muitas vezes até precisou caminhar por mim. Pela sorte de um amor tranquilo, para todo o sempre o meu muito obrigada.

Aos meus avôs Eduardo Santos e Airton Castro, pela companhia e pelo cuidado infinito e além, pela certeza que não preciso fechar os olhos para saber que estão ao meu lado. Ah, velho Airton, obrigada por ter sido o apoio que eu precisava para alcançar a luz do Sol!

Ao meu esteio para todo o sempre Carlos, Edinete e Henrique Santos. Me faltam palavras e nesse momento a única coisa que as lágrimas me permitem escrever é “gratidão infinita” por tudo. À vocês, todo o (meu) amor que houver nessa vida!

CONSTRUA-SE

Não permita que a distância o desestime  
E o cansaço estimule a razão pra te parar.

Corra, vá...

Não permita que o amanhã seja o passado  
Que não teve o seu presente pra te encorajar

Corra, vá...

Vá andando. Vá correndo.

Elaborando um novo modo de seguir

Construa-se calmamente

Pequeno começo

Grandes fins

Trabalho sincero

Florescer puro!

Chegaremos, pois estamos!

(ANTONIO SENA, militante do Movimento  
de Luta Antimanicomial - MLA e usuário de  
um serviço de saúde mental em Belém do  
Pará)

## RESUMO

O trabalho buscou descrever a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, que culminou com a aprovação da Lei nº 10.216/01 e que, apesar de ter edificado um novo marco por meio de orientações sobre a reestruturação na assistência de saúde mental e ter disposto os direitos e as medidas protetivas aos portadores de transtornos mentais ainda hoje é razão de discussões e controvérsias. Para isso, foi necessário conhecer na história alguns dos movimentos de resistência aos manicômios ocorridos e seu devir, e percorrer a leitura sobre os Estados Unidos da América, França, Itália e Brasil. Escolhemos como categoria a noção e a reconstrução do conceito de desinstitucionalização proposto pelas reflexões de Basaglia que é a grande expressão dentre os conceitos epistemológicos no estudo sobre a Reforma Psiquiátrica. Utilizando a Teoria Ator-Rede (TAR), de Bruno Latour na qual a noção de “rede” possibilita uma análise que eleva atores ou *actantes* como construtores da fatos, e assim, descrevemos e analisamos o que fez fazer a rede “Lei”. Para dar visibilidade ao que buscávamos como objetivo utilizamos documentos de domínio público que foram uma espécie de dispositivo de inscrição onde as associações estavam postas e coube a nós a função de acompanhá-las pelas redes documentais em que elas se conduziam. Descrevemos e analisamos os documentos produzidos e publicados entre o período da Nova República Brasileira e a promulgação da Lei nº 10.216/01 no intuito de compreender e ao passo que descrevemos fomos compreendendo que de fato a rede enquanto categoria conceitual funciona como um híbrido claramente resultado das vinculações entre humanos e documentos (não humanos) e é por esta razão, apontando detalhadamente cada um é que demonstramos ao analisar as descrições os acordos e as controvérsias que constituem e construíram a lei da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; desinstitucionalização, Lei 10.216/01; Teoria Ator-Rede.

## **ABSTRACT**

The study sought to describe the trajectory of the Brazilian Psychiatric Reform, which led to the enactment of Law No. 10,216 / 01 and that, despite having built one new milestone by the Restructuring Guidelines in mental health care and have provided the rights and the protective measures for persons with mental disorders is still reason for discussion and controversy. For this, we need to know the history of some of the resistance movements that have occurred asylums resistance and its future, and read about the United States, France, Italy and Brazil. We choose category as the notion and the reconstruction of the concept of desinstitutionalization proposed by Basaglia reflections which is the great expression from the epistemological concepts in the study of the Psychiatric Reform. Using the Actor-Network Theory (ART), Bruno Latour in which the notion of "network" provides an analysis that raises actors or actants as builders of the facts, and thus describe and analyze what did make the network "Law". To give visibility to what we were looking for the objective, we use public documents that were a kind of application device where associations were set and we fell to the function to accompany them by documentary networks in which they conducted themselves. Describe and analyze the documents produced and published between the period of the Brazilian New Republic and the enactment of Law No. 10,216 / 01 in order to understand and while we have described were realizing that in fact the network as conceptual category functions as a hybrid clearly a result of links between human and documents (not humans) and is therefore in detail pointing out that each is demonstrated by analyzing the descriptions agreements and disputes that are built and the law of psychiatric reform

Keywords: mental health; psychiatric reform; desinstitutionalization, Law 10,216 / 01; Actor-Network Theory

## LISTA DE SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira De Saúde Mental
BVS	Biblioteca Virtual De Saúde
CAPS	Centro De Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal De Psicologia
CNSM	Conferência Nacional De Saúde Mental
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional De Psicologia
CAPS	Centro De Atenção Psicossocial
DAET	Departamento De Atenção Especializada E Temática
ESF	Estratégia Saúde Da Família
INPS	Instituto Nacional De Previdência Social
MNLA	Movimento Nacional Da Luta Antimanicomial
NAPS	Núcleo De Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial De Saúde
PSF	Programa Saúde Da Família
RAPS	Rede De Atenção Psicossocial
SUAS	Sistema Único De Assistência Social
SUS	Sistema Único De Saúde
TAR	Teoria Ator-Rede

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO .....	20
3 HISTÓRICO DAS RESISTÊNCIAS AOS MANICÔMIOS.....	30
3.1 A Psiquiatria Preventiva e Comunitária Americana.....	33
3.2 A Psiquiatria De Setor e a Psicoterapia Institucional Francesas .....	36
3.3 A Psiquiatria Democrática Italiana.....	42
3.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	51
4 DESCREVENDO OS DOCUMENTOS .....	59
4.1 A redemocratização do Brasil e a saúde mental na Nova República brasileira: análise dos documentos de 1986 à 2001.....	60
4.1.1 “Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde” – 1986.....	61
4.1.2 Relatório Final da I Conferencia Nacional de Saúde Mental – 1987.....	63
4.1.3 Boletim e Programação do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental – 1987.....	65
4.1.4. Manifesto de Bauru – 1987 .....	67
4.1.5 Constituição Federal (Artigos 196), Seção II – Da Saúde – 1988.....	67
4.1.6 Projeto de Lei Nº 3.657/1989 .....	68
4.1.7 Declaração de Caracas – 1990.....	69
4.1.8 Lei Orgânica de Saúde – 1990 .....	70
4.1.9 Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro –1990.....	71
4.1.10 Portaria nº 189, de 19 de Novembro – 1991 .....	71
4.1.11 Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde – 1992.....	72
4.1.12 Portaria Nº 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992 .....	73
4.1.13 Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992 .....	74

4.1.14 Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental – 1993 .....	81
4.1.15. Resolução nº 93, de 2 de Dezembro – 1993 .....	82
4.1.16 Portaria GM nº 1.720, de 4 de Outubro – 1994.....	83
4.1.17 Lei Nº 9.867 de 10 de Novembro – 1999 .....	84
4.1.18 Resolução nº 298, de 2 de Dezembro – 1999 .....	84
4.1.19 Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: “Uma amostra da realidade manicomial brasileira” – 2000 .....	85
4.1.20 Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro – 2000.....	86
4.1.21 Portaria GM nº 799, de 19 de Julho – 2000 .....	86
4.1.22 Relatório Final Da XX Conferência Nacional de Saúde – 2000.....	87
4.1.23 Relatório Mundial sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental – 2001 .....	88
4.1.24 Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001 .....	89
5. TECENDO OS ACORDOS E AS CONTROVÉRSIAS.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	96
REFERÊNCIAS .....	99
ANEXO A- LEI 180 DE 13 DE MAIO DE 1978 (LEI BASAGLIA).....	104
ANEXO B- DECRETO Nº 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934 .....	111
ANEXO C – PROJETO Nº 3.657, DE 1989 (Do Sr. Paulo Delgado) .....	120
ANEXO D – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 .....	123
APÊNDICE A- Quadro com os documentos analisados na pesquisa. ....	126
APÊNDICE B – Relação de outros documentos levantados nesta pesquisa.....	129

## 1 INTRODUÇÃO

Vida e morte foram minhas, e eu fui monstruosa. Minha coragem foi a de um sonâmbulo que simplesmente vai. Durante as horas de perdição tive a coragem de não compor nem organizar. E, sobretudo a de não prever. Até então eu não tivera a coragem de me deixar guiar pelo que não conheço e em direção ao que não conheço: minhas previsões condicionavam de antemão o que eu veria. Não eram as antevisões da visão: já tinham o tamanho de meus cuidados. Minhas previsões me fechavam o mundo. (LISPECTOR, 1998).

Inicialmente, esta pesquisa foi concebida a partir de uma inquietação pessoal acerca da dificuldade em, efetivamente, se fazer a desinstitucionalização em Saúde Mental no Brasil. Em meu pequeno percurso da prática nos serviços de saúde mental, sempre me deparei com realidades práticas e concepções teóricas diferentes sobre o que é a Reforma Psiquiátrica neste país. No imaginário de muitos familiares, usuários, simpatizantes, pessoas fora da área e até mesmo os de dentro (equipe técnica, gestores, profissionais de saúde) ainda permanece a noção de que a Reforma trouxe desospitalização, desassistência e que *“bom mesmo era quando se podia internar os pobres loucos” no Juliano Moreira, no Aluizio da Fonseca* – antigos hospitais psiquiátricos na cidade de Belém do Pará.

Diante de tais verdades ditas, meu movimento era o de sempre tentar demover esta ideia que, em meu entendimento, era equivocada, explanando muito detalhadamente todo um processo do movimento antimanicomial pelo resgate da cidadania das pessoas com sofrimento ou transtornos mentais. Porém, eu não podia fechar os olhos ao que eles viam na prática, pois assim a equivocada seria eu.

Ao invés de me manter na posição de incomodada e crítica (no sentido de censura), comecei então a aprofundar os meus estudos sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira. Tive a grata oportunidade de trabalhar em alguns dos serviços de saúde mental do Estado do Pará e do município de Belém, desde o ano de 2007, primeiro como Auxiliar de reabilitação (cargo em extinção em que se atuava juntamente com os Terapeutas Ocupacionais), depois como psicóloga, em 2010, e como psicóloga residente entre 2012 e 2014, e foi por essa experiência de profunda imersão no universo da saúde mental que minha inquietação não coube mais em mim.

Na prática, eu realmente residia nos serviços e a parte teórica da especialização ficou muito por conta da minha própria necessidade e interesse em aprofundar meus estudos na área. Participando, sempre que me permitiam, do cotidiano dos serviços pude ver, vivenciar, refletir, aprender, ensinar (e por que não?) e muitas vezes até me contrapor e isto me ajudou

na construção de muitas questões acerca da política de saúde mental, das práticas nos serviços, da assistência oferecida aos usuários e familiares, das legislações dessa política, entre outros pontos. Pelo sim ou pelo não eu sempre recorria à Lei nº 10.216/01 para justificar toda e qualquer ação ou noção minha, dos meus colegas e de terceiros e para cada vez que eu afirmava “*Está na lei*” a resposta invariavelmente era “*Mas a lei não funciona, a rede não funciona, nada funciona*”.

Em algum momento das minhas intervenções neste campo, comecei a questionar se não era eu quem estava equivocada. E por qual razão eu assumia essa posição antimanicomial, defensora da reforma psiquiátrica? Com a ajuda dos estudos aprofundados e das minhas inserções na prática dos serviços, comecei a olhar com mais atenção à questão da desinstitucionalização: o que era, como se configurou, seus objetivos e sua aplicabilidade. E concluí em um primeiro momento que o nó górdio poderia estar justamente na noção do conceito da desinstitucionalização.

A entrada no Mestrado em Psicologia no ano de 2014 foi influenciada não somente pelo desejo do aprendizado da prática e da pesquisa, mas também pelo desejo de encontrar o meu lugar dentro das minhas próprias escolhas. Dizer que o pesquisador não consegue manter uma postura de neutralidade diante do objeto pesquisado é tão verdade quanto dizer que o objeto pesquisado supera o pesquisador. O objeto desta pesquisa começou a ser desenhado ainda quando psicóloga residente, quando há seis meses de concluir a especialização, decidi participar do processo seletivo do mestrado.

O desejo em estudar sobre a desinstitucionalização precisava ser lapidado. Um primeiro pré projeto foi, então, construído e no meio do caminho foi modificado várias vezes por algumas razões de querer “abraçar o mundo com as pernas” e, foi justamente por esta razão que já com mais de meio caminho andado no percurso do Mestrado percebi que o objeto dessa pesquisa sempre esteve aos meus olhos: ele havia se constituído lá no início da prática nos serviços. Assim, esta pesquisa se organizou através da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10/216 de 06 de abril de 2001), especificamente a construção dela, então agora o meu objeto de estudo.

O trabalho buscou descrever a trajetória documental da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, que culminou com a aprovação da Lei nº 10.216/01 e que, apesar de ter edificado a Reforma Psiquiátrica através de orientações sobre a reestruturação na assistência de saúde mental e ter disposto os direitos e as medidas protetivas às pessoas com sofrimento e portadores de transtornos mentais, ainda hoje é motivo de discussões e controvérsias.

Para compreender esse processo, foi necessário conhecer na história alguns dos movimentos de resistência aos manicômios ocorridos e seus devires, e então percorremos a leitura sobre as experiências nos Estados Unidos da América, Europa e Brasil.

Os movimentos de reforma psiquiátrica nos EUA e Europa foram movidos pelo objetivo de que a terapêutica da psiquiatria pudesse ser “reparada”, afim de que fosse liberada de “[...] suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação” (ROTELLI, DE LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 18). Assim, segundo esses autores, nas “psiquiatrias reformadas”, a desinstitucionalização era “*a palavra de ordem*” para os movimentos, ainda que, no escopo destes diversos interesses, estivessem em jogo, dependendo de quem estava por trás do movimento: reformadores, grupos de técnicos e políticos radicais ou os administradores, cujo significado atribuído por estes últimos foi amplamente utilizado e então praticada a desospitalização – com altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos e alguns hospitais psiquiátricos foram fechados.

Já a Psiquiatria Democrática iniciada por Franco Basaglia na Itália, baseada inicialmente nas experiências da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, teve como objetivo tornar o hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos, passando por um período de negação da psiquiatria enquanto ideologia e a superação de todo um aparato manicomial que envolvia tanto a estrutura física quanto o questionamento aos saberes e práticas que autorizavam a terapêutica manicomial.

Foi também com Basaglia que a expressão “serviços substitutivos”, já em Trieste, foi utilizada para definir o conjunto de estratégias que efetivamente extinguiriam as instituições psiquiátricas, e não serem “simultâneos ou alternativos” (AMARANTE, 2007).

As leituras prévias também influenciaram na escolha da categoria desinstitucionalização e se justificava pelo fato de que o projeto de reforma prático-teórico da psiquiatria italiana de Basaglia ampliou os estudos sobre a loucura porque aliou a questão prático-discursiva da psiquiatria e inseriu transformações no campo do saber e das instituições, indo portanto, além do campo psiquiátrico. A reconstrução do conceito de desinstitucionalização proposto pelas reflexões de Basaglia é a grande expressão dentre os conceitos epistemológicos e, logo, a importância do uso desse conceito no estudo sobre a Reforma Psiquiátrica.

Percorrer o histórico da resistência aos manicômios foi importante para um entendimento *à priori*. Combinado com as leituras para construção do projeto, já havíamos entendido que a desinstitucionalização seria uma espécie de porta de entrada, posto que esta – em suas versões – era entendida como o elemento impulsionador dos movimentos de reforma

psiquiátrica ocorridos nos continentes que nos interessavam estudar, e assim esta categoria nos ajudaria na compreensão e na tessitura da trama desta rede.

Aqui começamos um segundo desafio na pesquisa, pois a proposta era estudar “rede” em uma noção diferente do que apresenta o Ministério da Saúde sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS): “o arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 04).

Vale dizer que “Rede”, nessa noção, tem o sentido técnico de descrever uma arranjo institucional. O sentido que adotei na pesquisa foi a noção de rede enquanto categoria conceitual para compreender uma política.

Para nos auxiliar nesse percurso trabalhamos com a Teoria Ator-Rede (TAR), de Bruno Latour (2013), na qual a noção de “rede” possibilita ser rede aquilo que comumente não é objetivado como uma rede (com licença pelas redundâncias), elevando assim as categorias humanos e não-humanos, o status de atores ou *actantes* construtores dos fatos. Para Latour, as redes “[...] são ao mesmo tempo reais como a natureza, narradas como o discurso, coletivas como a sociedade.” (LATOURE, 2013, p. 12).

Não era fácil e muito menos inteligível trabalhar com uma teoria ou metodologia que, à priori, nos parecia tão abstrata. A TAR não é uma metodologia, mas também pode ser. Na prática, de acordo com BONAMIGO (2010), ela passa a ser entendida como uma teoria porque, a partir do seu método, deseja eliminar o pensamento dualístico que a chamada “ciência moderna” impetrou, criando o que Latour chamou de *híbridos*. Híbridos na TAR é tudo que resulta da junção de duas ou mais categorias e é por essa razão que a categoria rede é trabalhada através da noção de híbridos, pela sua constituição heterogênea (LATOURE, 2013).

No entanto, aceitando o desafio, começamos a seguir nos documentos selecionados os atores implicados na construção da Lei da Reforma Psiquiátrica, tentando participar, de alguma forma, da dinâmica das relações que eles estabeleciam, identificando principalmente os híbridos.

Assim, em uma rede há diversos *actantes* e, portanto, o trabalho do pesquisador é justamente o de seguir as articulações que eles vão estabelecendo entre eles para a rede, identificando os porta vozes humanos e não-humanos que falam pela rede, buscando sempre identificar simetricamente as concordâncias e discordâncias que circulam pela rede (BONAMIGO, 2010; PEDRO, 2010).

Segundo Amarante (2007), a diferença entre os projetos de reforma ocorridos nos continentes está justamente na questão do que foi chamado de “prático e teórico da

desinstitucionalização” e esse é um conceito que sofreu modificações feitas em coletivos, implicando em novas possibilidades neste campo das reformas psiquiátricas.

A TAR nos trouxe a noção de tradução que, segundo Pedro (2010, p. 83), não se reduz a uma mudança de vocabulário de um coletivo para outro, mas sim “[...] um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação inexistente e que, de algum modo, modifica os atores nela envolvidos – logo que modifica a rede”.

Desta forma, ao longo da fase de levantamento bibliográfico para a pesquisa, foi possível perceber as múltiplas traduções feitas da categoria desinstitucionalização, através das associações dos *actantes* de acordo com o que lhes fosse conveniente, e, por isso, nossa hipótese de que não somente a desinstitucionalização, como também a Lei da Reforma Psiquiátrica seriam híbridos.

Para dar visibilidade ao que buscávamos como objetivo, decidimos trabalhar com documentos de domínio público, seguindo os *actantes* que se articularam e atuaram na construção e produção de fatos na história da construção da Reforma Psiquiátrica brasileira até a aprovação da lei da Reforma, possibilitando a estes falar sobre. Os documentos foram uma espécie de dispositivo de inscrição, nos quais as associações estavam postas e coube a nós a função de acompanhá-las pelas redes em que elas se conduzem.

Os documentos nesta pesquisa foram nosso *objetos sociotécnicos*, assim conceituados por Pedro (2010, p. 80)

[...] os objetos técnicos que permeiam o nosso cotidiano não são aqui (na perspectiva sociotécnica) concebidos como meros instrumentos a serviço da sociedade ou como suporte de algo que lhes é externo. São agentes/ actantes capazes de engendrar transformações que ultrapassam o âmbito técnico-instrumental, participando da configuração de processos que não mais podemos definir como estritamente socioculturais – passamos a nos referir a ele, doravante, como sociotécnicos.

O caminho era pensar com a rede. Essa é uma das regras da teoria latouriana, já que os fatos são sempre um processo de associações coletivas, e é preciso estar atento às *performances* que a rede vai fazendo pois é “[...] ao final das controvérsias que emergirá um estado estável da sociedade ou da natureza, com uma interpretação mais duradoura dos seus membros”. (BONAMIGO, 2010, p. 168).

A intenção foi descrever e analisar os documentos produzidos e publicados no período que vai do ano de 1986 à 2001, que compreende o período da Nova República Brasileira até a promulgação da Lei nº 10.216/01 da Reforma Psiquiátrica, no intuito de compreender como

em duas décadas conseguimos construir uma legislação tão potente e ao mesmo tempo tão controversa como essa lei.

Seguindo as orientações de Latour (2006) para que “Descreva, simplesmente, o estado dos fatos que estão à mão”, iniciamos o mapeamento das associações entre os *actantes*, segundo as relações entre eles e a sua composição na rede, as traduções, as controvérsias, e os efeitos do encadeamento dessas articulações. Dessa forma, uma sequência de operações é realizada com o intuito de construir essa descrição e os acontecimentos são descritos para que se forme um panorama do que está sendo acompanhado, uma cenarização que tem como características a provisoriedade e, justamente seres humanos e não-humanos (LATOUR, 1999).

Durante esse processo de descrição e análise dos documentos do período entre 1988 à 2001, percebemos que era equivocada a nossa intenção de seguir os atores através de apenas um categoria (a desinstitucionalização) previamente escolhida e que, fatalmente, incorreríamos no erro de ir de encontro a uma das principais regras da TAR que é justamente a de seguir os atores, deixar que eles se mobilizem e apareçam para construir a rede através das alianças feitas, das traduções, das performances.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo (AMARANTE, 2007) e, para Latour e Woolgar (2006, s/p *apud* MELO, 2008), o social não é algo pertencente à uma categoria pois, ele circula entre elas como uma espécie de fluído que vai se moldando e são os métodos de investigação que devem ser capazes de segui-lo. E foi o que fizemos a partir de então: seguimos descrevendo e ao mesmo passo novas categorias iam surgindo, como cidadania, periculosidade, controle social, entre outros, que serão apreciados no decorrer da leitura desse trabalho.

E assim a pesquisa seguiu e o resultado dela é este trabalho organizado em três capítulos:

No 1º capítulo, demonstramos o percurso metodológico da pesquisa, através da Teoria Ator-Rede, bem como justificamos o seu uso e o período escolhido para a coleta dos documentos.

No 2º capítulo, trouxemos o histórico da resistência aos manicômios pela via da desinstitucionalização (ou do que se pretendia com ela), através da Psicoterapia Institucional Francesa, a Psiquiatria Preventiva e Comunitária Americana, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Reforma Psiquiátrica Brasileira que segue os modelos da reforma italiana (depois de ano reproduzindo os métodos da psiquiatria preventiva dos EUA).

No capítulo 3, realizou-se as descrições e análises dos 25 documentos coletados na pesquisa, a saber:

- RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 1986
- RELATÓRIO FINAL DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1987
- BOLETIM DO II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAUDE MENTAL - 1987
- PROGRAMAÇÃO II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL/ POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS - 1987
- MANIFESTO DE BAURU - 1987
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTIGOS 196 A 200) – SEÇÃO II – DA SAÚDE - 1988
- PROJETO DE LEI Nº 3.657, DE 1989
- DECLARAÇÃO DE CARACAS - 1990
- LEI ORGÂNICA DE SAÚDE Nº 8.080 – 1990
- LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990
- PORTARIA Nº 189, DE 19 DE NOVEMBRO – 1991
- RELATÓRIO FINAL DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 1992
- PORTARIA Nº 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.
- RELATÓRIO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – 1992
- CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - 1993
- RESOLUÇÃO Nº 93, DE 2 DE DEZEMBRO – 1993
- PORTARIA GM Nº 1.720, DE 4 DE OUTUBRO DE 1994
- LEI Nº 9.867 DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999
- RESOLUÇÃO Nº 298, DE 2 DE DEZEMBRO 1999
- RELATÓRIO DA I CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS - 2000
- PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000
- PORTARIA GM NO 799, DE 19 DE JULHO DE 2000
- RELATÓRIO FINAL DA XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 2000
- RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A SAÚDE NO MUNDO – SAÚDE MENTAL - 2001
- LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001.

Para terminar, sem finalizar, fica mais uma orientação de Latour (2000) sobre como a TAR pôde nos auxiliar na tecelagem da grande rede desta pesquisa:

Deixados a própria mercê, uma afirmação, uma máquina, um processo se perdem. Atentando apenas para eles, para suas propriedades internas, ninguém consegue decidir se são verdadeiros ou falsos, eficientes ou ineficientes, caros ou baratos, fortes ou fracos. Essas características só são adquiridas pela incorporação em outras afirmações, outros processos e outras máquinas. Essas incorporações são decididas por nós, individualmente, o tempo todo. Confrontados com uma caixa-preta, tomamos uma série de decisões. Pegamos? Rejeitamos? Reabrimos? Largamos por falta de interesse? É isso o que acontece com as afirmações dos outros em nossas mãos e com as nossas afirmações nas mãos dos outros.

## 2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

O ponto essencial desta Constituição moderna é o de tornar invisível, impensável, irrepresentável o trabalho da mediação que constrói os híbridos. Seria isto capaz de interromper este trabalho? Não, pois o mundo moderno pararia imediatamente de funcionar, uma vez que ele vive da mistura, como todos os outros coletivos. A beleza do dispositivo surge aqui em toda a sua intensidade. (LATOUR, 2013)

Este trabalho foi construído dentro da perspectiva da Psicologia Social. Cordeiro (2010), trouxe em sua pesquisa algumas concepções do que seria “social” dentro da teoria comportamental, psicanalítica e histórico-cultural de Vygotsky e dadas as diversas definições, a que se perguntar, então, “o que seria o social para a Psicologia social?”.

Assim, a autora concluiu que diferente do que ocorre nas outras correntes da psicologia social, nesta corrente, o termo deve ser considerado “*polissêmico*” e chama atenção que, por assim ser, os termos “*social*” e “*sociedade*”, em suas diversas definições, implicam em nossas práticas profissionais e acadêmicas, já que eles também podem ser pensados como um conjunto de associações.

Essa proposta de pensar a psicologia social vem das reflexões propostas pela Teoria Ator-Rede (TAR) que, a partir de Bruno Latour e sua nova forma de pensar a sociologia, podem tornar-se útil para a compreensão do social (CORDEIRO, 2010) e, portanto, para a pesquisa que foi realizada.

Na TAR, o conceito do que é social deve ser pensando, então, enquanto um conceito produzido em rede “[...] através de regimes de existência política que dariam margem a uma sociologia das ciências e das técnicas” (ARENDRT, 2008, p. 09). É por esse motivo que torna-se necessário descrever os modos de construção e os modos de existência, pois as categorias estudadas através da TAR surgem em um processo de “*humanos e não humanos*” (como chama Latour, 2013) no qual os objetos não são dominados pelo homem, mas estariam em relações complexas com estes ao ponto de superá-los, participando das categorizações.

Segundo Bonamigo (2010), a TAR ou Sociologia Ator-Rede constitui um referencial teórico – metodológico de conhecimento. Ela contribui para uma visão não dicotômica e não essencialista de entidades ontológicas (abolição do pensamento dualístico) e se constituiu como um “[...] método de estudos dessas associações heterogêneas, seus mecanismos de consolidação ou transformação, de forma a não reduzi-las nem a um ator, nem a uma rede” (BONAMIGO, 2010, p. 165).

Latour (2001 apud Pedro, 2010) se vale da metáfora do sistema circulatório e do fluxo sanguíneo para demonstrar que não é possível conceber ciência de maneira isolada. Assim, ele

afirma “que um conceito não se torna científico por estar distanciado do restante daquilo que ele envolve, mas porque se ligar cada vez mais estreitamente a um repertório bem maior de recursos, tecendo e atravessando a trama social” (PEDRO, 2010, p. 79).

Desta forma, os fatos científicos são compostos por objetos que se movimentam justamente para construí-los, e, portanto, não se pode reduzir um fato científico ao social, como expôs Latour (2013), e, assim, “o agente desta dupla construção provém de um conjunto de práticas que a noção de desconstrução capta da pior forma possível” (p. 12).

A noção de rede da TAR traz a possibilidade de compreender humanos e não-humanos como *actantes* da rede. Nessa nova noção de rede, o termo *actante* é utilizado em substituição ao termo agente ou ator para que os não-humanos possam ser incluídos. Assim, um *actante* pode ser “qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, que produza efeito no mundo [...] e Não-humano para referir coisas: equipamentos, materiais, dispositivos tecnológicos, artefatos de inscrição, dentre outros” (LATOUR 2001 *apud* BONAMIGO, 2010, p. 166).

Cordeiro (2010) afirma que os autores da TAR problematizam o que é a realidade para as outras correntes tradicionais da sociologia, pois, para a TAR, a realidade é algo construído e reconstruído sempre e para que haja descrição deste processo faz-se necessário levar em conta a heterogeneidade material das redes de atores humanos e não-humanos através de uma “*ontologia relacional*”, e não objetivar ou subjetivar a realidade a uma interpretação.

Conforme Latour (2013), o mundo moderno foi dividido em categorias distintas. O humano e o não humano existem separadamente e, para tanto, suas análises também são feitas de modo separado, sendo a natureza analisada pelos cientistas e a sociedade pelos políticos, já que são constituídos de forma diferente. Mas, para Latour, “humano e não-humano” é justamente aquilo que melhor define o que *faz fazer* a rede.

Portanto, ao contrário do pensamento moderno, a atividade ontológica não se encontra nas extremidades, podendo ser redistribuída entre os vários *actantes*, dentro de uma perspectiva em redes. Com a ideia de redes, podemos ter tantos polos quantos forem os atores, assumindo uma composição plural do mundo, em função da qual o autor (*ibidem*) coloca as ideias de mônadas, campos, forças, redes, dando suporte ao seu pensamento (LATOUR, 1992(data) *apud* MELO, 2008, p. 265).

Porém, há um problema: quanto mais se mantém a distinção das categorias, mas os resultados são híbridos e aí explica-se porque Latour (2013) afirmou que “*Jamais fomos modernos*”: criam-se híbridos, os híbridos trazem novas questões para os cientistas, os

cientistas mantêm a necessidade inventada de fazer as *purificações* e isto resulta em novos híbridos. Porém, os cientistas mesmo negam sua existência e possibilidade de existência.

Ora, de duas coisas uma: ou as redes que desdobramos realmente não existem, e os críticos fazem bem em marginalizar os estudos sobre as ciências ou separá-los em três conjuntos distintos – fatos, poder, discurso -, ou então as redes são tal como as descrevemos, e atravessam a fronteira entre os grandes feudos da crítica – não são nem objetivas, nem sociais, nem efeitos de discurso, sendo ao mesmo tempo reais e, coletivas, e discursivas. (LATOURE, 2013, p.12)

A noção de híbridos proposta pela TAR é, então, o resultado da junção de duas ou mais categorias (LATOURE, 2013) É por esta razão que aqui “rede” é considerada uma entidade híbrida composta de material heterogêneo, de categorias humanas e não-humanas e, se todas as ações são resultadas destes híbridos, então “não há nada que seja técnico que também não seja social, e o social é composto também pelo técnico, por isso a denominação de rede sociotécnica” (BONAMIGO, 2010, p. 166).

O conceito de rede sociotécnica envolve a ideia de múltiplas conexões que nos permitem acompanhar e delinear a produção dos fenômenos. Trata-se de uma configuração altamente instável e dinâmica, com trocas intensas entre os vários pontos, conexões e atores. Na rede, cada elemento é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças e arregimentar outros atores; uma rede é capaz de, a partir de seus movimentos, redefinir e transformar seus componentes. Um ator é, assim, uma rede configurada a partir de relações heterogêneas, ou seja, ele é um *efeito de rede* que, por sua vez, participa da composição de outras redes (LAW, 1992 *apud* Pedro, 2010, p. 81-82).

Segundo Latour e Woolgar (2006) *apud* MELO, 2008 as ciências sociais contribuíram com as suas diversas concepções de formas de existência e suas construções nas quais se faz necessário levar em conta que as ações deflagradas são complexas, diversas e ocorrem em quantidades, pois um único ator não representa a pluralidade destas; este ator é apenas algo que age ou que é um alvo da ação dos outros que, por sua instabilidade, várias entidades o encarnam.

Dito de outra forma, não seria possível separá-los, porque estão “*enredados*” e o papel do pesquisador é, então, compreender os vínculos estabelecidos entre homem e objeto. Assim, a proposta de Latour é aparentemente simples: “para começar nossa pesquisa, partiremos da mais simples das situações possíveis: a situação em que alguém faz uma afirmação e o que acontece quando outros acreditam nela ou não. Partindo dessa situação geral, seremos gradualmente conduzidos a outras mais particulares” (LATOURE, 2000, p.40).

A TAR localiza em Gabriel Tarde a origem da teoria (LATOURE WOOLGAR, 2001 *apud* MELO, 2008) baseada na causalidade em redes, na qual Latour, através do “Princípio da simetria”, faz um regaste das ideias “tardianas” (MELO, 2008). Além disto, é na obra de “Monologia e Sociologia” de Tarde que Latour localiza dois argumentos que sustentam a TAR, quais sejam “1) A divisão entre a natureza e a sociedade é irrelevante para entender o mundo das interações humanas e; 2) A distinção entre macro e micro sufoca qualquer tentativa de entender como a sociedade está sendo gerada”. (LATOURE, 2001, p. 117 *apud* MELO, 2008, p. 265).

Cordeiro (2010) afirma que na Teoria Ator-Rede, ao assumir o princípio da “simetria generalizada” (cuja origem está na Antropologia das Ciências), tudo e todos são tratados da mesma forma e, portanto, não há dualismo ou dicotomias do tipo verdadeiro-falso, humano-não humano, entre outros, assumindo e problematizando que existem sim divisões entre o material e o pessoal, o natural e o social, mas que estas são resultados de associações feitas por atores, de forma heterogênea: “É verdade, entretanto, que se trata de retórica, estratégia textual, escrita, contextualização e semiótica, mas de uma nova forma que se conecta ao mesmo tempo à natureza das coisas e ao contexto social, sem contudo reduzir-se nem uma coisa nem a outra” (LATOURE, 2013, p. 11).

Para Latour e Woolgar (2006 *apud* MELO, 2008), “natureza” e “sociedade”, por exemplo, são produtos que emergem de redes de elementos que, por sua heterogeneidade, são instáveis. Partindo desta ideia, Latour analisa a questão do que é “social” e chama a atenção para que se esta palavra for usada como adjetivo, significando a matéria dos eventos, ocorre que ela significará uma espécie de pré-existência das interações.

O social em Latour não é algo que se estabelece de forma prévia ou que é superior a outros, mas algo em construção cujas associações movimentam-se em um devir no qual sempre há possibilidade de se ter novos elementos a serem incorporados em sua composição. Então, para que os fatos, a que tanto referenciamos, não sejam reduzidos a contingências do acaso ou negociatas, é necessário que reservemos a eles um lugar “ao mesmo tempo marginal e sagrado”, mas importa lembrar que “[...] não estamos falando [a TAR] do contexto social e dos interesses do poder, mas sim de seu envolvimento nos coletivos e nos objetos.” (LATOURE, 2013, p. 10, [ ] meus).

Arendt (2008), ao apresentar a TAR como sua perspectiva de ação em pesquisa no cotidiano, referiu que esta metodologia incide no “como” da pesquisa, que os dados fontes provém dos “tensionamentos” que se conjecturam com o cotidiano e que como pesquisador

orientado pela TAR os seus modos de pesquisar incidem na descrição, no traçar as chamadas redes sócio técnicas. Ou seja: a TAR não é um instrumento, posto que os instrumentos nunca são “imparciais” e sempre modificam os objetivos iniciais, ocasionando efeitos não previstos. Assim, “[...] a teoria ator rede propõe precisamente buscar descrever o que **faz fazer**” (LATOUR, 1998 apud ARENDT, 2008, p. 10, grifo do autor).

Segundo Latour (2000), o tipo de modalidade que uma sentença assume (se positiva, quando afastam os enunciados das suas condições de produção ou negativas, quando acontece o contrário) leva as pessoas a trilharem caminhos opostos um ao outro e, assim, “[...] considerando resultados tão diferentes, podemos conjecturar que é em torno de modalidades que se travam as mais ferozes disputas, pois é aí que o comportamento de outras pessoas é moldado” (p.46).

A tarefa de estudo da TAR indica que enquanto pesquisadores devemos “seguir” os acontecimentos e desenhar as vinculações, os atrelamentos, as conexões entre os agentes que agem e que também fazem agir a outros (LATOUR E WOOLGAR, 2006, s/p apud MELO (2008), pois os atores é que são considerados os *experts* dentro da pesquisa e portanto a TAR “[...] é uma teoria sobre como estudar as coisas, melhor, como não estuda-las, como dar aos atores um espaço para eles se expressarem” (ARENDT, 2008, p. 07-08).

De tal modo, enquanto confeccionamos relatórios de pesquisa, os dados passam por um processo de verificação (“*accountability*”) que é inerente ao ato, no qual não se recusa a questão da veracidade dos fatos, mas se pretende prestar contas, construir e validar ideias que emergem em um campo de disputa e, desta forma, assim como William James propunha, Latour afirma que todo fato científico pode ser, então, construído, garantindo então que um relatório de pesquisa sempre faz emergir uma verdade que antes nunca havia passado pelo processo de validação (LATOUR e WOOLGAR, 2006, s/p apud MELO, 2008).

Conforme Arendt (2008), nem sempre precisamos de uma teoria, de referências e contextualizações em uma pesquisa. O interessante é descrever o estado das coisas – e estar bem atento aos estados concretos destas, pois quem produzirá os referenciais e as teorias em sua pesquisa serão os próprios atores. E descrever e encontrar a forma mais apropriada de dar conta de uma situação já é uma tarefa árdua para o pesquisador; não é uma tarefa fácil.

A Teoria Ator-Rede, portanto, de Latour – que declaradamente também foi influenciado pelo pragmatismo de William James e John Dewey – define-se mais como um método que uma teoria. Conforme Arendt:

Ela é um método que nada diz da forma do que está sendo descrito através dela. Tudo depende do que se entende por ator e o que eles fazem. Não é suficiente estar conectado, interconectado ou ser heterogêneo para constituir uma rede. Depende do tipo de ação que flui do ator para a rede. (ARENDDT, 2008, p. 08).

Baseando-se em Tarde, Latour (2001) *apud* MELO (2008), sugere que o termo *associação* seja utilizado ao invés de *social*, pois são as associações de elementos heterogêneos e mínimos que constituem uma rede. Assim, tem-se que a Teoria Ator-Rede “não respeita qualquer fronteira entre a natureza e a sociedade, nem tenta explicar os níveis inferiores tomando os níveis superiores como referência. Sociedades, para estas abordagens, não passam de associações” (MELO, 2008, p. 265).

De tal modo, a TAR se preocupa então com o processo de transformação e construção de fatos, sujeitos e crenças, descrevendo-lhes e importando-se com o efeito que estas associações produzem e, portanto, nesta perspectiva “rede” torna-se sinônimo de fabricação de ações e efeitos (TSALLIS, FERREIRA, MORAES (não estão nas referências) E ARENDT, 2006 *apud* CORDEIRO, 2010).

[A TAR] Está interessada no seguimento de eventos que ocorrem não mais somente em laboratórios, mas que têm sua inserção na vida comum, resultando em consequências práticas para seus atores. A Teoria Ator-Rede tem encontrado sua aplicação [...] onde quer que as controvérsias se instalem, onde quer que algo esteja surgindo como invenção ou polêmica. (MELO, 2008), p. 262, [ ] meus).

Arendt (2008) reforça que a TAR trabalha sim com pontos de vista, pois isto sugere mutação, transformação, em não estar limitado à subjetividade, mas que se algo tem muitos pontos de vista, é porque trata-se de uma coisa complexa e isto não implica em relativismo, mas em relatividade, em condicionalidade.

Um termo importante e pertinente na teoria latouriana, que trouxe o caráter instável dos elementos da realidade é trazida por MOL (2007 *apud* PEDRO, 2010) é o conceito de multiplicidade, que não é sinônimo nem de pluralismo e nem de perspectivismo, mas sim de performance (emprestada das obras de Goffman – “sujeitos performados”), designando uma realidade que é construída e transformada pelas práticas que se sucedem e, portanto, “são versões do objeto, versões que os instrumentos ajudam a performar, são objetos diferentes, embora relacionados entre si. São formas múltiplas da realidade”. (MOL 2007 *apud* PEDRO 2010, p. 85).

De acordo com Pedro (2010), a noção de tradução se faz pertinente; é um conceito-chave. Do filósofo Michel Serres é emprestado o termo que Latour e Law utilizam em suas

obras, cuja função é estabelecer comunicações entre atores, que também emerge das redes heterogêneas, compondo novas associações que devem ser discutida (nem certas nem erradas, portanto), posto que nem sempre são perfeitas, porque depende da associação e apropriação o que cada ator faz (o que *faz-fazer a rede*).

Cabe trazer para esta discussão a noção de “traição” que, como aponta Law (1996 *apud* PEDRO, 2010), é envolvida da tradução e, portanto, “[...] na transformação operada pela translação/tradução, a quebra de fidelidade está necessariamente envolvida” (PEDRO, 2010, p. 82).

Latour (1994, 2006 *apud* MELO, 2008) também demonstra semelhanças entre a noção que desenvolve de rede como reais, discursivas e coletivas e a ideia de rizoma de Deleuze e Guatari:

Cada vez mais, dentro desta perspectiva, a Teoria Ator-Rede se constitui como valioso instrumento conceitual e prático para seguir os movimentos traçados nesta construção simultânea de homens e objetos em que materialidade e socialidade se mesclam, tendo como resultado a nossa condição de humanidade. (Latour, 1994 *apud* MELO, 2008, p. 258, “ do autor).

John Dewey é outro pragmatista a quem Latour e Woolgar (2006 *apud* MELO, 2008) estabelecem um elo, através da ideia de *público*. Para estes autores, o *público* é produto das ciências sociais e, portanto, deveria ter o compromisso da diversidade de versões do que somos e assim uma Sociologia que sempre revigora com os elementos que são introduzidos nos coletivos (MELO, 2008), ideia totalmente contrária a visão universalizantes dos fatos. Desta forma:

A metodologia da TAR, então, consiste basicamente em mobilizar a realidade, seguindo os atores na rede, e em examinar as inscrições, ou seja, investigar textos, imagens e dados. Os elementos coletados pelos pesquisadores em qualquer campo de pesquisa precisam ser transportados para se tornarem visíveis “sinópticamente”, para que possamos operar com eles e para que se constituam em “móveis imutáveis”. (MELO, 2007, p. 177).

Destarte, utilizamos os chamados documentos de domínio público também como atores (não humanos) presentes nas redes de relação e que produzem dados como ferramentas. Segundo Spink (2013), eles são produtos sociais que ao tornarem-se público estão “eticamente” disponíveis para análise porque pertencem aos espaços públicos e que, portanto, tornaram-se públicos de forma que permitem a responsabilização. Os documentos de domínio público:

Podem refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia a dia, ou no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e vir de versões circulantes assumidas ou advogadas. (SPINK, 2013 p. 112).

Os documentos de domínio público são práticas discursivas e assumem formas diferentes. É todo material escrito e entende-se que “escrita” “é toda e qualquer matéria escrita produzida para a leitura e o uso pelo público em geral ou para um público específico” (SPINK et al, 2014. p. 208). Então a escrita refere-se desde a panfletos e avisos escritos à mão ao livro, revista etc. e, como por documento, entende-se “[...] no sentido elástico de registro, de algo que tem uma presença física; que fala sobre algo e é também algo” (SPINK *et al*, 2014. p. 208).

Estes utilizados na pesquisa foram coletados obedecendo aos seguintes critérios: 1- foram produzidos e publicados a partir da transição democrática em 1985 chamada Nova República, com a Constituição Federal de 1988 até o ano da aprovação da Lei nº10.216/01, a Lei da Reforma e; 2- são documentos resultantes de movimentos e/ou instituições que tenham passado pela avaliação de um coletivo que elaboram relatórios ou auxiliam, apoiam legalmente documentos coletivos. Assim, como critério de exclusão, não entraram nas descrições e análise os documentos fora do período acima mencionada.

Os documentos coletados compreenderam: legislações em saúde, legislações em saúde mental (portarias, medida provisória, decretos etc.), relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental I e II, relatórios de Conferências Nacional de Saúde, Notas de Conselhos Profissionais (Conselhos Federal e Regional de Psicologia – CFP e CRP, por ex.), Notas de associações (Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, por ex.), de Fóruns (Fórum Nacional de Direitos Humanos, por ex.), Cartas de coletivos e o acaso, pois “os pesquisadores no campo da produção de sentido aprendem a ser catadores permanentes de materiais possivelmente pertinentes” (SPINK, 2013, p. 113).

O acesso a estes documentos foi facilitado através de bases de dados como o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET)/ Saúde Mental e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, ambos do site oficial do Ministério da Saúde, a página oficial da Câmara dos Deputados e a Biblioteca Virtual desta, websites oficiais de Conselhos Profissionais, Associações, e grupos de pesquisa.

Apesar de Latour (2010) ter orientado que não devemos estabelecer de antemão quais atores serão mobilizados para a construção da rede, pois é necessário deixar com que qualquer

um deles apareçam e formem possíveis alianças, deixando os interesses envolvidos aparecerem ou serem *traduzidos, deslocados, desviados* para que os atores se mobilizem entre si, é oportuno dizer que algumas palavras-chave foram utilizadas na busca, estas que de alguma forma estavam implicadas na questão da pesquisa e nos seus objetivos, a saber: desinstitucionalização, medicalização, cidadania, comunidades terapêuticas, álcool e outras drogas, internação compulsória, atendimento à crise entre outros.

Dessa forma, seguimos o caminho da segunda regra metodológica proposta por Latour (2000) onde ele ressalta que seja qual for a controvérsia que utilizaremos como ponto de partida para a pesquisa, sempre nos orientaremos: a) Observando o cenário em que se encontra a alegação que escolhemos como ponto de partida; b) Descobrimo as pessoas que estão lutando para transformar essa alegação em fato e aquelas que estão tentando demonstrar que ela não é um fato e; c) Verificando a direção para a qual a alegação é empurrada pela ação oposta desses dois grupos (p.100).

Os documentos, então, foram descritos e contextualizados no capítulo 3 deste trabalho e, com isto, foram sendo destacados alguns termos e categorias que serviram de análise (no sentido do levar a pensar sobre) sobre alguns efeitos do conceito de desinstitucionalização, cidadania, liberdade, rupturas, resistências, jogos de poder, forças em disputa, conflitos, nós, entre outros possíveis que estas associações fabricaram e que implicaram na construção de fatos, produção de subjetividades e portanto dentro do ponto de vista de uma rede que pôde ilustrar, até então, as tessituras das tramas envolvidas na implantação da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil.

Para finalizar este capítulo, gostaríamos de deixar aqui um trecho do diálogo entre Latour (2006), (p. 339-341.) e um aluno para bem ilustrar o nosso trabalho no percurso dessa pesquisa:

*“Aluno: Mas quando eu disse que a ANT era uma ferramenta e perguntei se ela poderia ser aplicada, você objetou!”*

*Professor (Latour): Porque não é uma ferramenta – ou melhor, porque ferramentas nunca são “meras” ferramentas, prontas para serem aplicadas: elas sempre modificam os objetivos que você tinha em mente. Isto é o que “ator” significa. O Ator-Rede (eu concordo que o nome é tolo) permite que você produza alguns efeitos que jamais seriam obtidos por nenhuma outra teoria social. Isso é tudo que posso garantir. Uma experiência bem comum: tente desenhar com um lápis de grafite ou com um pedaço de carvão, você vai sentir a diferença; cozinhar uma torta num forno a gás não é o mesmo que num forno elétrico.*

[...] *P: Desculpe-me. Eu não estava tentando fazer nenhuma gracinha. Apenas dizia que a ANT é, antes de tudo, um argumento negativo. Ela não diz nada de positivo sobre seja lá o que for.*

*A: Então, o que ela pode fazer por mim?*

*P: O melhor que ela pode fazer por você é algo do tipo: “Quando seus informantes misturam organização, hardware, psicologia e política em um mesmo enunciado, não reparta tudo isso por diferentes recipientes; tente, ao contrário, seguir as ligações que eles fazem entre estes elementos, que pareceriam incomensuráveis se você seguisse as categorias acadêmicas usuais do social”. Isso é tudo. A ANT não pode lhe dizer positivamente o que é a ligação.*

*A: Então, por que ela é chamada de “teoria”, se ela não diz nada sobre as coisas que estudamos?*

*P: Ela é uma teoria, e penso que uma teoria forte, mas sobre como estudar as coisas, ou antes sobre como não estudá-las. Ou ainda, sobre como permitir que os atores tenham algum espaço para se expressarem”.*

### 3 HISTÓRICO DAS RESISTÊNCIAS AOS MANICÔMIOS

A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força. (FOUCAULT, 2012, p. 45).

Não podemos tratar sobre as experiências das resistências aos manicômios (em sua ampla significação) sem abordar na história as experiências que outorgaram ao “louco” um lugar social, desde o nascimento do hospital geral ao advento da prática alienista que sucedeu à psiquiatria tradicional como conhecemos hoje.

Foucault [1979]/(2011) refere que o hospital como instrumento terapêutico foi criado no final do século XVIII e que antes disto a instituição era o lugar de assistência aos pobres, essencial para a organização urbana do Ocidente, mas também lugar de exclusão e separação, no qual os pobres como pobres precisavam de assistência e, se doentes, haveria o risco de contágio o que lhes tornavam pessoas iminentemente perigosas a sociedade.

Este era o personagem perfeito para ocupar não o lugar da cura mas um lugar cujo mote primeiro era a caridade, um lugar de morte onde se garantia a salvação eterna como uma espécie de transição entre a vida material e espiritualidade aliada a proteção da saúde da sociedade quanto ao perigo de outros, em outras palavras “lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc.” (FOUCAULT, 2011, p. 102).

Deste modo, o hospital e a medicina permanecem como instituição e saber independentes, um não autorizava o outro. A medicina individualista intervia apenas nas questões da noção de crise, partindo da observação inicial do doentes até o momento em que a crise se estabelecia e, portanto, o percurso entre o sadio e o adoecimento da pessoa (FOUCAULT, 2011).

O fim do século XVIII marca, então, o momento da medicalização do hospital e o momento em que a medicina torna-se hospitalar, ambos outorgados por uma “tecnologia política”, chamada disciplina, que distribui os indivíduos em espaços, exerce o controle sobre o desenvolvimento de uma ação, sugere a vigilância contínua dos indivíduos e sobre a qual nenhum acontecimento passa sem ser registrado por ela (FOUCAULT, 2011).

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização em que o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância

permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localiza-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. (FOUCAULT, 2011, p. 107).

Reorganizados os espaços do hospital, este passa a ser investido com um poder de cura e a ser visto como um lugar terapêutico, no qual não se tem mais religiosos praticando a caridade, mas médicos que passam a entrar nos hospitais com mais frequência, pela necessidade criada pelas visitas a qualquer hora aos doentes, passando pela necessidade de residir naquele lugar e, não sendo suficiente tudo isto, ainda organizá-lo de acordo com o seu saber (medicar, tratar, comparar, estudar, categorizar, etc.), e é assim “[...] que o saber médico [...] começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital [...]” (FOUCAULT, 2011, p. 110).

Outorgando à figura do médico a fabricação da realidade da doença é que este surge, então, como principal figura do hospital, aquele que detém não somente o poder, mas também o maior dos saberes e de prestígios pelo número de curas. Esta é, sem dúvida, uma das maiores invenções do século XVIII, e é aqui que o personagem do médico Philippe Pinel surge como expoente de transformação do hospital geral (FOUCAULT, 2011), especificamente o Hospital de *Bicêtre* por meio da medicalização e posteriormente em *La Salpêtrière*, de acordo com Amarante (2007).

Pinel foi sem dúvida o nome desta história, como o criador do hospital psiquiátrico e portanto pai da psiquiatria, mas também fincando um importante marco na questão terapêutica das pessoas acometidas de alguma mazela mental, influenciado fortemente pela sua ativa participação na Revolução francesa e trazendo, assim, os ideais que transformaram a França nos setores social, cultural, econômico e político para justificar o seu fazer dentro da medicina que adentrou o hospital, enquanto instituições filantrópicas criadas na Idade Média e passou a fazer morada no, a partir de então, hospital geral (AMARANTE, 2007). Desta forma, “o modelo alienista, repressivo-tutelar e assistencial, pois garantidor do direito a uma proteção especial para essas pessoas (os “loucos), foi praticamente inventado pelos franceses e, durante mais de um século, por eles legitimado e vangloriado como vanguardista” (PASSOS, 2009, p. 49).

O hospital psiquiátrico, portanto, tem marcado em sua história sempre dois modelos de prática, sendo um o da repressão – como um lugar de violência e abandono das pessoas de forma cruel e, o da disciplina – no qual as propostas de terapêuticas, teóricas e materiais para inovação destes se tornarão mais “científicas”, mas partirão deste dispositivo moral nos

moldes de Pinel, em detrimento de uma verdadeira mudança do lugar do louco assujeitado pela medicina psiquiátrica (PASSOS, 2009).

A desinstitucionalização surgiu, então, como um tema geral de estudo a partir do processo de modernização da assistência psiquiátrica, ocorrida nos anos de 49 e 50 do século XX na Europa e nos EUA, este que visava evitar novas internações nos manicômios, fornecer tratamento em espaços menos restritivos e diminuir os custos com a assistência em psiquiatria. O que se tem de conhecimento sobre o início do processo de desinstitucionalização no campo da psiquiatria se deu nos EUA, tendo influenciado este processo em outros países, como no Brasil (LOUGON, 2006).

A análise dos processos de desinstitucionalização nos países, feita por este autor, segue o conceito descrito por BACHRACH e LAMB (1989 *apud* LOUGON, 2006, p. 129), assim referido como uma “redução do número de pacientes em regime de internação hospitalar, com aumento de assistência fornecida por serviços comunitários, além da descentralização e fragmentação do centro de decisão ou autoridade”

Desviat (2015) tinha uma visão mais territorializada da questão e, para ele, o que de fato influenciou nos movimentos de reforma psiquiátrica nos países foi o sistema sanitário de cada um e o lugar do papel social do louco em cada um deles, e assim o modelo de reorganização de assistência em psiquiatria, como a organização dos serviços de saúde mental, dependia destes aspectos.

Por outra ótica, para o entendimento dos diversos delineamentos e formas que a psiquiatria assume, deve-se levar em conta que esta, como uma prática social, política, cultural e econômica, é constituída de elementos históricos e estes precisam ser estudados, compreendendo assim (tentando) as formas concretas e operacionais da psiquiatria como uma instituição social, para além da disciplina pois “só assim se poderá romper com o mito cientificista e, talvez, se aproximar de alguma compreensão dos possíveis desdobramentos e efeitos dessa instituição em sua existência real e em sua persistência como uma instituição fundamental para as sociedades modernas” (PASSOS, 2009, p. 34).

Assim, as alternativas aos manicômios percorreram diversos objetivos e objetos, como aponta Desviat (2015), ou pretendendo transformá-lo em uma instituição terapêutica, a exemplo da psicoterapia institucional ou da comunidade terapêutica, ou com a proposta do fechamento e extinção do manicômio como princípio primeiro da reforma, como na psiquiatria territorial italiana ou da desinstitucionalização nos Estados Unidos e ainda acrescentamos: a exemplo do Brasil também.

### 3.1 A Psiquiatria Preventiva e Comunitária Americana

De acordo com Lougon (2006), tomando como base as referências existentes sobre a desinstitucionalização nos EUA, todo o movimento de desinstitucionalização é resultado da tentativa dos danos sociais que a medicalização e a psiquiatrização, em suas bases radicais, causaram à assistência em psiquiatria e saúde mental, principalmente no período de 1850-1950, considerada a época em que mais se construiu hospitais psiquiátricos, e em 1950, considerado um marco nos EUA e Europa, quando surgem as primeiras tentativas de criação de alternativas à assistência asilar nestes continentes.

Entretanto, os primeiros sinais de que havia um movimento de mudança no campo psiquiátrico começaram bem antes da entrada dos neurolépticos e da desinstitucionalização, ainda quando os psiquiatras deixaram o serviço público e foram para o serviço privado, deixando suas vagas a preencher por médicos sem experiência em psiquiatria, o que levou o então presidente da APA (Associação Americana de Psiquiatria), em 1958, a considerar que os hospitais psiquiátricos estavam falidos e eram obsoletos, daí em diante os psiquiatras americanos de fato deixaram os hospitais psiquiátricos (LOUGON, 2006).

O processo de desinstitucionalização nos EUA pode ser compreendido como um “conjunto de medidas de desospitalização” criadas no governo Kennedy, no chamado “Plano de Saúde Mental”, cuja política baseava-se na expectativa de que os pacientes pudessem ser tratados em ambientes extra hospitalares sob os seguintes princípios (AMARANTE, 2010):

1. a prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento; 2. retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança e; 3. o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade. (LOUGON, 1993 *apud* AMARANTE, 1996, p. 15).

O movimento da “Psiquiatria Preventiva e comunitária” que dá base para este processo de desinstitucionalização nos EUA fazia duras críticas à assistência psiquiátrica centrada no hospital, objetivando assim meramente fins administrativos e operando pouco sob a natureza do saber que autorizava a aplicação daquele modelo psiquiátrico (AMARANTE, 2010).

O “problema” da assistência psiquiátrica estaria, então, relacionado à má aplicação do saber e das técnicas da psiquiatria e não na psiquiatria em si, buscando, portanto, uma reorganização na administração neste saber e fazer. Assim:

Na organização prática do sistema psiquiátrico, as reformas de base preventiva e comunitária consistem, por um lado, em medidas saneadoras e racionalizadoras, tais como a diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar, no aumento do número de altas ou na criação de serviços intermediários. E, por outro, na implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário que intercederiam no surgimento ou desenvolvimento das doenças. (AMARANTE, 2010, p. 16).

De tal modo, embora haja a crítica ao modelo de assistência, a psiquiatria preventiva tinha por objetivos maiores aos meramente administrativos, em detrimento de uma verdadeira transformação na natureza da assistência psiquiátrica. O hospital psiquiátrico é discutido no sentido da dimensão estrutural – não deveria ser mais de grande porte, e, que assim sendo criados e implantados novas medidas saneadoras ele cairia em desuso, demonstrando claramente o interesse na diminuição dos custos financeiros e públicos.

Descreve Amarante (2010) que não há uma implicação no que diz respeito ao que autoriza o saber médico psiquiátrico, na teoria que apreende o fenômeno da loucura. Ao contrário, confirma a questão do “ideal da ausência de doenças mentais no meio social”, pois os fundamentos da Psiquiatria Preventiva estão na história natural das doenças.

Este caminho de reforma causa um “*alargamento do território psiquiátrico*” ou “*uma ampliação do conceito de doença mental*” para desvio, desajustamento, anormalidade... Assim, tem-se um feito rebote onde serviços, especialidades e técnicas são criados, aumentando o número de pessoas assistidas sem que os resultados terapêuticos sejam correspondentes, pois volta-se para as questões meramente assistenciais (havendo assim uma inversão na psiquiatria tradicional) e não preventivas e de promoção a saúde e, portando, “o saber e as práticas psiquiátricas operadas neste modelo seriam exatamente as mesmas da psiquiatria tradicional, sendo simplesmente adequadas as novos propósitos” (AMARANTE, 2010, p. 17).

Nos EUA, o surgimento dos Centros Comunitários foram inicialmente a base de referência da desinstitucionalização americana, mas essa é amplamente criticada por aqueles que ainda consideram pouco eficazes os serviços em comunidades ou reforçam a ideia de que a comunidade não aceita os pacientes no seu próprio território, mantendo o imaginário da periculosidade, entre outros preconceitos, levando à marginalização dos pacientes (LOUGON, 2006).

Porém, após análise da desinstitucionalização no EUA, Lougon (2006) concluiu que ainda o termo “comunidade” recebeu diversas noções do que seria, abrindo precedente para a ideia de que não sendo no hospital é comunitário, o que gera inúmeras idealizações

equivocadas do processo, além de ameaças aos serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, levando a “cristalização” do processo de desinstitucionalização. Para exemplificar, esse autor utiliza como exemplo o modelo alternativo ao hospital psiquiátricos criado por Maxell Jones na Inglaterra: as comunidades terapêuticas.

Quando propôs o modelo das Comunidades terapêuticas, Jones (1972) pensava nas melhoras no campo da assistência em psiquiatria com foco no paciente e, dentre as tendências à melhoria, Jones propôs uma mudança no padrão de relacionamento e práticas dentro das unidades menores de assistência em relação aos papéis que são desenvolvidos nestas. Para ele, o processo sociocultural era importante dentro desta mudança de paradigmas na assistência e o resultado disto eram as comunidades terapêuticas ou terapia ambiental. Demarcando bem a diferença entre estes serviços e outros centros comunitários de tratamento similares, Jones destacou que:

[a diferença] reside no modo como se capitalizam conscientemente no tratamento os recursos da instituição, da equipe, dos pacientes e de seus parentes. Isso implica, portanto, acima de tudo uma mudança no status comum dos pacientes. Em colaboração com a equipe, tornam-se paciente ativos em sua própria terapia, na de outros pacientes e em muitos aspectos das atividades gerais da unidade. (JONES, 1972 ( p. 89, [ ] meus).

Assim, o modelo proposto por Jones (1972) objetivava uma espécie de cogestão do tratamento, no qual o paciente deixava o seu papel passivo e de coadjuvante para tornar-se agente do seu próprio tratamento, onde rotineiramente deveriam ocorrer reuniões comunitárias, a comunicação seria livre, haveria divisão de responsabilidades entre pacientes e membros da equipe, a relação deste seria sempre ponto de discussão entre o coletivo, objetivando inclusive o crescimento pessoal e profissional de pacientes e técnicos, deixando de lado a velha ênfase manicomial de custódia, segregacionismo e com ênfase na terapêutica médica.

Para que não houvesse confusões na sua proposta, Jones (1972) deixou claro que o papel do terapeuta e do médico permanecem importantes, mas não mais como principais no tratamento e, assim sendo, deverão ser solicitadas quando necessário. Como o próprio autor explica:

Considero fundamental no processo do tratamento comunitário este princípio da expansão do papel do paciente para incluir o do terapeuta. Pode erradamente ser encarado como a transmissão da responsabilidade última aos pacientes, que, em minha opinião, não é prática e nem desejável. O que se deseja fazer é proporcionar aos pacientes aquele grau de responsabilidade compatível com a sua capacidade em qualquer momento. (JONES, 1972, p. 104).

Lougou (2006) afirma que tentativas como as de Jones também tornaram-se obsoletas e o número de reinternações aumentaram significativamente nos últimos anos, pois hoje o que se sabe da assistência em saúde mental nos EUA é que os aspectos financeiros envolvidos voltaram a ser priorizados.

Outro ponto importante diz respeito à continuidade do tratamento nestes serviços, propostos como alternativos aos hospital psiquiátrico (que ele encaixa no que chamou de “sociedade ‘pós-institucionais’”), que pelo não investimento, por exemplo, em supervisões periódicas tanto dos espaços quanto das práticas resulta na evasão dos usuários destes programas e assim, inevitavelmente, a “[...] continuidade dos cuidados permaneceu sendo uma prerrogativa e responsabilidade dos técnicos em saúde mental, que persistiram se apropriando da doença mental como um problema médico, psicológico e social.” (LOUGON, 2006, p. 153).

De acordo com uma análise das “psiquiatrias reformadas” feita por Rotelli; De Leonardis e Mauri (1990) o cenário da Europa e nos EUA pós desospitalização se configurava ainda desta forma: a) A internação psiquiátrica continuava a existir nestes continentes; b) Os serviços territoriais ou de comunidade conviviam com a internação mas não a substituíram e ; c) O sistema de saúde mental funcionava como um circuito (que alimenta os problemas e os torna crônicos).

A desinstitucionalização, tanto nos EUA como na França, não passou de ações para desospitalização, em outras palavras, meras reformas administrativas visando as questões financeiras na qual a redução de leitos era prioridade, resultando no abandono de uma parte significativa da população psiquiátrica e o que eles chamaram de “transinstitucionalização” (os pacientes apenas passaram de um serviços para outro, sob novas formas de internação), diferente do que houve nos locais da Itália em que efetivamente se fez a reforma de 1978 e na qual a desinstitucionalização não se reduziu a uma prática abolicionista “[...] do tipo político radical, e também nunca se identificou com a desospitalização.” (ROTELLI; DE LEONARDIS E MAURI, 1990, p. 20).

É o que veremos com a experiência da resistência aos manicômios realizada na Itália

### **3.2 A Psiquiatria De Setor e a Psicoterapia Institucional Francesas**

Em estudo sobre as experiências Francesa e Italiana de reforma psiquiátrica, Passos (2009) considera a França um modelo de experiência que deu certo em termos de

acessibilidade, alcance da implantação da política de saúde mental em um modelo bem organizado e centralizador que gerou o conceito de territorialidade, hoje abordado nas políticas de saúde de uma forma geral, inclusive no Brasil, através da chamada Psiquiatria de Setor.

Neste mesmo estudo, Passos (2009) relata que em comparação à experiência francesa, as duas experiências são bem distintas e com resíduos hostis, pois de uma maneira geral os franceses têm a experiência italiana como um processo que resultou na desistência dos usuários e familiares e que se preocupou excessivamente com a questão da militância política, deixando de lado a dimensão da abordagem teórico-clínica da doença mental;

De toda forma, na França as experiências ocorreram à nível de Psiquiatria de setor, que é como ficou conhecida a política de saúde mental organizada no país e a Psicoterapia Institucional, que se aproxima da experiência italiana em Trieste, esteve nas origens da psiquiatria de setor, mas hoje pouco praticada na França (Passos, 2009). Desse modo, as mudanças ocorridas na experiência francesa foram à nível da incorporação de novas práticas pela psiquiatria às práticas tradicionais, sob a internação dos ditos loucos, dominante até a Segunda Guerra Mundial: ao mesmo tempo disciplinar e assistencialista.

A França também foi o primeiro país no mundo a promulgar uma lei que obrigaria a criação de estabelecimentos de saúde especializados para receber, tratar e cuidar dos alienados, ainda que por esta lei os ditos alienados permaneceriam institucionalizados, por vezes em caráter definitivo, já que a construção de asilos era obrigatório. (PASSOS, 2009).

Esta legislação de 1838 também trazia o controle sob os direitos civis dos alienados, dando plenos poderes aos psiquiatras, que regulavam a entrada e a saída destes nos asilos e as internações eram, em tese, apenas para casos psiquiátricos em uma tentativa de evitar as internações abusivas e desnecessárias. Criou-se a internação do tipo voluntária na qual o médico procedia a internação apenas a partir da solicitação de um familiar e após perícia medica porém também balizava a atuação – ou o poder, do médico psiquiatra pois em alguns casos como na internação obrigatória (sob a justificativa da periculosidade do alienado) feita por ofício de uma autoridade administrativa e desta forma, sendo estas últimas o tipo de internação mais praticada em detrimento da internação voluntária. (PASSOS, 2009). Esta legislação permaneceu sem alterações até 1990.

Para Audisio (1980 apud PASSOS, 2009), os hospitais psiquiátricos franceses nunca tiveram de fato sua importância demasiada, pois em sua maioria os abrigados eram indigentes ou doentes considerados incuráveis e, portanto, sem investimento tanto positivo quanto de recursos financeiros

No ano de 1870, quando a França vivenciava o período de guerra contra a Alemanha, já haviam denúncias das práticas de internação sob a égide do asilamento e violência aos internos e, ao final do século XIX, final da Segunda Guerra Mundial, as notícias vêm à público a partir de dados estatísticos destas condições a que estavam submetidos os internos, revelando que na época da ocupação nazista na França mataram ou deixaram morrer de fome, frio, etc, o equivalente à 40% da população de internos nos asilos, resultado do estado de abandono a que os internos eram submetidos há anos, onde o hospital era uma espécie de “depósito social” (PASSOS, 2009).

Em contrapartida, Passos (2009) elenca alguns momentos históricos em que a França sugere um movimento de mudanças que contribuiu para as bases da reforma de setor no pós-guerra, a saber: em 1922, a criação dos primeiros dispensários de higiene mental para a detecção precoce das mazelas hereditária (uma ação profilática da vertente higienista); em meados da década de 20, a criação de uma sociedade científica, construída por psiquiatras da concepção psicodinâmica, contrária à vertente higienista e que envolveu movimentos fenomenológicos e psicanalíticos na psiquiatria; em 1936, a criação da profissão de enfermeiro de hospitais psiquiátricos em um local onde antes se via o corpo de guarda de asilados e; em 1938, o momento em que os asilos passam a ser chamados de hospitais com o objetivo de que a instituição se tornasse de fato médica.

Outro ponto importante trazido por Passos (2009), em comparação à reforma psiquiátrica brasileira, é que na França o movimento de reforma não teve o caráter contestatório e de luta política contra o saber psiquiátrico, aliados a outros movimentos sociais: na França a política resultante da reforma foi propiciada pelos próprios especialistas psiquiatras, que articularam o processo de se reverem e se reorganizarem, a partir de dentro da instituição, nos seus próprios campos de prática e seu saber, e segundo esta autora, por desejarem manter o espaço institucional de poder historicamente construído, que era o hospital psiquiátrico, e, assim, “[...] praticamente não há grandes enfrentamentos internos à corporação, majoritariamente constituídas por psiquiatras de hospitais públicos.” (PASSOS, 2009, p. 55).

A psiquiatria de setor, por exemplo, nasce desses questionamentos dentro da própria comunidade da medicina psiquiátrica, na metade dos anos 40. Certos de que seriam os porta-vozes dos “doentes mentais”, que por ocasião dessa mazela estavam impossibilitados de falarem por si, o princípio desta modalidade de reforma era mais que a remodelagem do aparato administrativos e hospitalar (portanto uma reforma na institucional), mas uma reflexão dos princípios que haviam sustentado por muitos anos a psiquiatria, colocando

inclusive em questão a própria prática das internações hospitalares como meio terapêutico primeiro em detrimento de qualquer outro e pretendendo agora cuidar efetivamente da saúde mental, saindo do campo estritamente médico e alcançando o caminho da coletividade para:

Encontrar estratégias de intervenção sobre os indivíduos, capazes de realizar a unidade e a indivisibilidade das ações de prevenção, profilaxia, cura e pós-cura. Apresenta-se então como estratégia de intervenção no social. Para isso, a hospitalização sistemática – o hospitalocentrismo – deveria ser revista, combatida. (PASSOS, 2009, p. 62).

A proposta de expandir a psiquiatria para o social também foi base para uma revisão a priori do que fundamentava a instituição no asilo e no alienado internado, e um desses momentos foi a psicoterapia institucional, iniciada pelos psiquiatras François Tosquelles, Le Guillant e Sivadon e influenciadas pelos pensamentos psicanalítico e marxistas, hoje ainda praticada em clínicas psiquiátricas privadas da França. (PASSOS, 2009).

De acordo com Ruiz et al (2013), Tosquelles tem uma história de vida importante na compreensão do seu trabalho na psicoterapia institucional. Médico, especializou-se em psiquiatria, lutou na guerra da civil Espanha contra milícias fascistas, sendo depois enviado para o Sul para assumir como médico –chefe dos serviços psiquiátricos do exército e foi ali que criou uma espécie de comunidade terapêutica para atendimento, um serviço para o qual foram recrutados pessoas comuns para atuarem como agentes de saúde e, em contrapartida, evitou incluir os médicos psiquiatras, cujas práticas não estavam a serviço da loucura. Dessa maneira, acreditava ele que as pessoas sem conhecimento teórico e prático sobre a loucura poderiam prestar uma assistência genuinamente humanitária aos usuários.

Foi em 1941, no Hospital Psiquiátrico Saint Alban, que Tosquelles pôde fazer a experimentação do seu método de questionamento e renovação das práticas em psiquiatria, e desta forma “[...] cuidar do hospital para que ele pudesse tornar-se efetivamente agente de saúde mental, dado que ele segregava sua própria patologia, com base no confinamento de todos, inclusive os profissionais de saúde, cronificando-os.” (RUIZ et al, 2013, p. 859).

Segundo Desviat (2015, p. 30), a psicoterapia institucional teve forte influência da psicanálise, principalmente pela ótica lacaniana, na qual a linguagem e seus significantes são aquilo que constituem o sujeito e, assim, “a psicoterapia institucional pode ser definida como um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais” e na qual a contratransferência tornava-se debate principal e por isso precisava ser interpretada, tornando a instituição toda em um próprio analisador.

Vertzman (1992 apud JORGE, 1997, p. 26) identifica os 4 “axiomas básicos” da psicoterapia institucional: “Liberdade de circulação; os lugares estruturados concretos: ateliês, serviços (cozinha, administração, etc.); os contratos facilmente revisáveis de entrada e saída e; um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações”.

A psiquiatria de setor em seu início foi inspirada na proposta teórico-prática do tratamento da loucura da psicoterapia institucional. Esta portanto:

[...] é, sem dúvida, a tentativa ,mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercambio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece. (HOCHMANN, 1971 apud DESVIAT, 2015p. 29).

Passos (2009) cita que os hospitais passaram a ser uma espécie de instrumento de ressocialização cujo funcionamento lembrava as práticas das comunidades terapêuticas, ocasionada ainda que de forma não esperada por uma impossibilidade de manutenção dos pacientes nos asilos pela superlotação e questões econômicas.

Alguns pacientes por uma questão de sobrevivência passaram a trabalhar em fazendas das comunidades vizinhas e, a partir disto, notou-se que os pacientes passavam por uma espécie de readaptação à vida normal após circunstâncias como as de guerra, onde muitos pacientes teriam morrido nos asilos e, assim, “[...] se constatou a possibilidade real de retirá-las da inercia institucional em que se encontravam, com a transformação da instituição num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva.” (PASSOS, 2009, p. 63).

Este acontecimento corrobora com a ideia de Dessauant (1971 apud DESVIAT, 2015) de que a questão do problema dos manicômios, enquanto uma instituição total, estava nos enfermos e nas pessoas que prestavam assistência, e não nos muros que cercavam o lugar; Assim, todos estavam doentes.

Passos (2009) afirma que, apesar de ter contribuído para o processo da reforma psiquiátrica na França, a psicoterapia institucional ainda divergia da política da psiquiatria de setor. Somente no pós guerra é que os psiquiatras franceses conseguiram se organizar de forma sistemática e propuseram as diretrizes para a nova política de saúde mental.

As atividades psiquiátricas dos Dispensários Públicos de Higiene Social, criados para a assistência à tuberculose, as ideias dos serviços abertos nos hospitais psiquiátricos de Édouard Toulouse e da Liga de Higiene Mental também foram importantes no delineamento da nova psiquiatria na França, e, desse modo, alguns princípios da organização sanitária foram adotados nesse modelo de assistência, como a territorialização, que “[...] permitia um

conhecimento melhor da população no momento da elaboração dos programas e uma aproximação entre os serviços prestados e os usuários.” (DESVIAT, 2015, p. 33)

Eram alguns princípios básicos da nova política de saúde mental, de acordo com Passos (2009): 1. A luta contra a doença mental, a unidade de prevenção, profilaxia, cura e pós-cura, com a organização de serviços hospitalares e extra-hospitalares compostos de uma equipe de profissionais sob uma única direção; 2. O internamento deveria ser substituído pela terapêutica dos pacientes em meio social, com apoio dos setores da educação e justiça, por ex, em detrimento da cultura do internamento; 3. A criação e oferta de serviços aos pacientes de acordo com a complexidade da demanda, com uma equipe médica própria, cujo o objetivo desta era que as questões administrativas ou gerenciais não mais orientassem a terapêutica dos pacientes, mas sim a proposta de divisão da responsabilidade das equipes técnicas por populações específicas, de acordo com a questão geográfica, as quais teriam a seu dispor um sistema completo na unidade prevenção-profilaxia-cura-pós cura elaboradas a partir das necessidades reais da população a ser assistida e essas equipes deveriam circular por todos os serviços oferecidos para acompanhar os pacientes de forma mais efetiva.

Foi em março de 1960 que o primeiro documento oficial foi publicado, criando a política de setor e, ainda que sem força de lei, o documento orientava, a partir do Ministério da saúde, que os departamentos deveriam ser criados em setores sanitários, de acordo com as regiões geográficas correspondentes, a construção de hospitais psiquiátricos em departamentos que não possuíssem e de acordo com uma determinada necessidade de leitos ou se inferiores estes leitos deveriam ser abertos em hospitais gerais, em detrimento da desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos. (PASSOS, 2009).

Os serviços extra-hospitalares foram assim estruturados, segundo Passos (2009): 1. Primeiro os Centro Médico-Psicológico (CMP) com uma equipe multiprofissional, que substituíram os dispensários de saúde mental; 2. Os hospitais-dia e hospitais-noite que ofereciam internações parciais, ambos dentro e fora dos hospitais (psiquiátricos ou gerais); 3. A hospitalização domiciliar e *foyers* de pós-cura (transição de hospitalização para alta); 4. Os apartamentos associativos, que eram moradias para os pacientes crônicos que precisavam de cuidado contínuo e estimulação a autônoma da vida, com supervisores permanentes da área de enfermagem.

Na década de 80, outra estrutura surge com o objetivo primeiro da ressocialização: os Centros de Acolhimento Terapêutico em Tempo parcial (CATTP) e nos quais tanto pacientes em tratamento ou não e usuários da comunidade poderiam se encontrar e, portanto, os

CATTPs seriam “[...] uma espécie de centro de referência e frequência para o usuário, bem como uma porta de entrada do setor para a comunidade.” (PASSOS, 2009, p. 79)

A psiquiatra do setor conseguiu a criação de uma legislação específica, porém como filosofia enfraquece e perde recursos materiais a partir de pressão econômica e, assim, a psiquiatria francesa permanece caracterizada e estruturada de um lado pela psiquiatria pública, de setor proveniente dos hospitais psiquiátricos e hoje organizadas com as estruturas externas de acordo com a proposta inicial, racionando os custos e os benefícios do sistema, em detrimento de uma proposta de uma transformação de fato, e de outro lado por uma psiquiatria universitária não setorializada, fortemente influenciada pelas neurociências e a farmacologia, cuja política é hospitalizar o menos possível e mais voltada para estudo e pesquisa e, portanto, para a formação dos psiquiatras franceses. (PASSOS, 2009).

Birman e Costa (1994) apontam que, apesar de teoricamente ser impossível entender sobre essas tentativas de renovar a psiquiatria, percebe-se “nas entrelinhas” que a psiquiatria em termos de práticas e instituições constituiu um novo objeto: a saúde mental.

### **3.3 A Psiquiatria Democrática Italiana**

Outra face da desinstitucionalização caracteriza-se pela crítica à origem, à estrutura, aos métodos e à validade do saber médico que constitui a psiquiatria, colocando em questão o conceito de doença mental que restringe a cidadania dos sujeitos. Assim, uma nova noção de desinstitucionalização é criada na proposta de reforma psiquiátrica orientada por Franco Basaglia na Itália.

Várias são as denominações desta reforma, porém Amarante (2010) ressalta que seria inadequado denominá-la de “Psiquiatria italiana”, posto que ela não ocorreu em todo o território italiano, nem de “Psiquiatria democrática”, pois este termo refere muito mais à uma conjuntura política que ocorria concomitante ao processo da reforma. Também a “Psiquiatria territorial”, apesar de referir-se a algumas das reflexões da proposta de Basaglia, pois não contempla o conjunto do seu pensamento e de sua prática.

Em ensaio sobre a “desinstitucionalização”, Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990) preferencialmente analisaram a reforma ocorrida na Itália por três importantes razões:

- 1- Foi o único país em que de fato se viu uma mudança no paradigma da assistência em saúde mental, abolindo totalmente os hospitais psiquiátricos, pois o processo de

desinstitucionalização ocorrido nos EUA e na Europa, por exemplo, foi reduzido à mera desospitalização;

- 2- É na Itália que a desinstitucionalização em psiquiatria tornou-se um problema social complexo onde a mobilização dos atores envolvidos conseguiu transformar as relações de poder entre pacientes e equipe técnica e produziu estruturas que, de fato, substituíram os hospitais psiquiátricos, como o serviço em Trieste e;
- 3- Foi o único país em que se instituiu uma lei de reforma psiquiátrica (Lei nº 180/78, conhecida como lei Basaglia) e, por esta razão, há a importância de se analisar se houve continuidade do processo de desinstitucionalização, enquanto um processo social após a implementação, dessa legislação.

Importa destacar que, para Basaglia (1980), o problema social ao qual a psiquiatria foi inserida é, na verdade, resultado de uma luta histórica do século XIX entre classes, na qual o povo rebela-se contra o autoritarismo do poder do Estado. Entre a subutilização da mão de obra dos trabalhadores, poucas ou nenhuma condições de trabalho, direitos negados, demissões em massa, os trabalhadores deflagraram greves e começaram um movimento contrário à prática de dominação comum do Estado. Uma divisão bem definida surgiu, a classe dos trabalhadores que estavam dispostos a lutar pelo seu não assujeitamento e garantia da sua cidadania, participando inclusive das discussões e decisões de gestão e, a classe do “poder”, que queria se manter na posição hierárquica dos que dominam e portanto, sem uma cogestão do poder.

Daí em diante, se tornou necessário e urgente criar uma forma de contenção do avanço dos movimentos de trabalhadores e simpatizantes pela garantia de direitos e a negação do ato do poder dominante do Estado, “[...] um novo sistema de controle dentro da sociedade capitalista”, disse Basaglia (1980, p. 47). Muitos trabalhadores passaram, então, a serem vistos como “sem razão” (literalmente) e um dos instrumentos de opressão utilizado foi justamente o internamento nas instituições fechadas. Muitos desses trabalhadores foram parar nos manicômios.

Nos hospitais, no manicômio, foram parar as classes que não queriam se deixar dominar. O psiquiatra que adentrava aquele espaço deveria saber que ali claramente havia de um lado “[...] os loucos pobres; de outro, os ricos, a classe dominante com os meios para tratar os pobres doentes loucos” cujo poder autorizava o saber médico (BASAGLIA, 1980, p. 15).

Assim, o modelo de reforma que amplamente influenciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil propõe a desinstitucionalização como uma desconstrução dessa relação saber-poder, no

saber que constitui esta relação. É por essa razão que a reforma psiquiátrica italiana não se restringiu às mudanças administrativas e a substituição de instituições de assistência pois trouxe à tona os questionamentos, por exemplo, sobre a função social do corpo técnico das instituições e do que ele chamou de tecnociências (AMARANTE, 2010).

Segundo Oliveira (2011), muito se deve à história pessoal de Basaglia a influência de seu pensamento de reforma psiquiátrica. Ainda acadêmico de medicina, ficou preso por muitos anos ao lutar contra o regime fascista italiano; quando liberto, voltou à academia, formou-se e permaneceu por mais 12 anos na vida acadêmica como professor, até partir para a prática. Foi nela que verificou que as discussões e as transformações institucionais que aconteciam na Itália e na França não ultrapassavam os limites dos muros das universidades, tornando o meio acadêmico totalmente alheio ao que ocorria no interior dos manicômios (AMARANTE, 2010).

Assumiu a direção do hospital de Gorizia em 1961, onde encontrou um cenário que lhe remetia à sua época de prisioneiro, na qual os internos viviam aprisionados em um manicômio em condições precárias, desumanas e asilares. Foi aqui que Basaglia e sua equipe iniciaram, então, o processo em prol de uma reforma na assistência psiquiátrica, questionando o saber médico da época e também as instituições hospitalares psiquiátricas, buscando inspiração nas propostas de reformas psiquiátricas que ocorriam em outros países, como vimos anteriormente.

Rotelli (1994 apud AMARANTE, 2010) afirma que o insucesso destas reformas e o “atraso” da Itália em iniciar o processo de reforma psiquiátrica contribuiu para a reflexão da eficácia de reformas iminentemente asilares e o aprendizado com o que delas não foi acertado.

Amarante (2010) diz que, ao mesmo passo, Basaglia, que já em seu percurso tinha uma formação no pensamento fenomenológico-existencial, interessa-se pelas leituras de Foucault e de Goffman, os quais, a partir daqui, passam a influenciar e a redimensionar o projeto de Basaglia dos questionamentos ao saber e à função das instituições psiquiátricas, à psiquiatria como instrumento de “saber/poder, de controle/segregação” e, portanto, à desconstrução destes, como podemos perceber nessa fala

Tendencialmente a psiquiatria é sempre opressiva. É uma maneira de propor uma problemática de controle social, e é a partir desse ponto de vista que o assunto se torna mais complexo. Se nós começarmos pelo surgimento da psiquiatria – e ela nasce como elemento de libertação do homem -, devemos recordar que Pinel libertou os loucos das prisões, mas, infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão que se chama manicômio. (BASAGLIA, 1980, P. 13).

Segundo Basaglia e Basaglia (2010), quando o paciente começa a abrir mão de tudo o que é seu em benefício da manutenção de uma boa instituição, começa, então, o que Goffman chamou de “carreira moral do institucionalizado”. É um processo gradativo de despersonalização do paciente à medida em que sua tutela pela instituição também resulta na perda da sua cidadania, dos seus direitos, da sua dignidade. Assim:

Reduzido a um campo de possibilidades que não lhe permitem encontrar saídas, e que, em nome da ordem e da eficiência, não lhe demanda participação ou intervenções pessoais, só lhe resta anular-se, aceitando como razoáveis sua exclusão e objetificação nas regras da instituição que o determinam, definitivamente institucionalizado (BASAGLIA E BASAGLIA, 2010, p. 50).

O projeto de reforma prático-teórico da psiquiatria em Basaglia ampliava os estudos sobre a loucura porque aliava as questões prático-discursiva da psiquiatria e inseria transformações no campo do saber e das instituições, indo, portanto, além do campo psiquiátrico. A reconstrução do conceito de desinstitucionalização proposto pelas reflexões de Basaglia é, para Amarante (2010), a grande expressão dentre os conceitos epistemológicos e, portanto, a importância do uso deste no estudo sobre a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2010).

Um dos primeiros passos de Basaglia neste percurso diz respeito à “negação da psiquiatria” enquanto uma ideologia, que segundo Franca Basaglia (1981 apud AMARANTE, 2010), foi resultado do encontro de Basaglia com a prática nos manicômios. Assim, ela descreve que a “negação da psiquiatria como ideologia” ocorre “na medida em que percebe-se que esta tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas a uma realidade que a própria ciência contribui para produzir, nas formas mais adequadas à conservação do sistema que está inserida” (BASAGLIA, 1981 apud AMARANTE, 2010, p. 69).

A psiquiatria clássica é limitada à descrição de síndromes, as quais foram socialmente marcantes na construção da figura do doente e que, portanto, levam a crer que a doença é um conjunto de pensamentos de um grupo, assim, algo do nível abstrato, ideológico (BASAGLIA, 1981 apud AMARANTE, 2010). Importa ressaltar que não se nega a existência da doença ou do doente, mas o conceito de doença mental como construção teórica.

[...] o problema já não é tanto o da doença em si, mas sobretudo o da relação que se estabelece com ela. Ocorre que tal *relação* envolve ao mesmo tempo, como partes integrantes, o doente com sua doença, o médico e, através deste último, a sociedade, que julgam e finem a doença. (BASAGLIA, 1985, p. 109, grifo dele).

No projeto de reforma proposto por Basaglia, o objeto prático e teórico da desinstitucionalização é o conceito de doença mental, pois o que deve ser questionado é o saber sobre o doente (a psiquiatria), aquilo que o autoriza enquanto objeto, e não o doente. Em Gorizia, Basaglia adota a estratégia de refutar o “reformismo psiquiátrico”, combatendo as meras transformações asilares nas quais se tem a modernização do saber psiquiátrico, lançando técnicas e a busca de soluções para o trato com a doença mental. Porém, mantém-se as instituições asilares, ao que ele chamou de uma “nova psiquiatria”.

Uma das linhas de intervenção utilizada por Basaglia em Gorizia consistia na “negação do ato terapêutico”, já que o manicômio é o espaço que abriga a doença, não necessariamente que a produz: “[...] não deseja, ou não sabe conviver com eles (os loucos).” (AMARANTE, 2010, p. 73, () meus). De tal modo, não se pode pensar o manicômio e o corpo técnico deste de forma neutra que dependem de um aparato que funciona satisfatoriamente bem ou não em decorrência do que há disponível de recursos no meio científico ou de questões administrativas.

Para Basaglia (1985), utilizando-se do exemplo da divisão do trabalho (servo-senhor, professor-aluno), o que caracteriza as relações dentro destas instituições como o manicômio é a divisão entre os que tem e exercem o poder e os que não têm; traduzindo, é “[...] uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro” (BASAGLIA, p. 101) e isto é a base de todas as relações em sociedade. Assim, “a dimensão negativa é também superação e invenção de novos contratos” (AMARANTE, 2010, p. 75).

Embora o projeto de desinstitucionalização de Basaglia não se restrinja ao manicômio, este torna-se um lugar simbólico, no qual a psiquiatria enquanto instituição e prática é autorizada e é por esta razão que ele é um lugar prático deste processo.

[...] o primeiro passo da desinstitucionalização, foi o de começar a desmontar a relação problema solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida. Isto, como veremos, não significa, em absoluto, renunciar a tratar, a cuidar. Esse “rejeitar” a solução possibilita uma mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das ações e interações institucionais. (ROTELLI, DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 28, grifos dos autores).

Segundo Amarante (1996; 2007), colocar a doença entre parênteses é o “a priori” da desinstitucionalização. É permitir que se veja o sujeito coberto, é questionar qual o real valor da psicopatologia quando esta é quem fala deste sujeito. É ocupar-se do doente e não da doença mental como um conceito produzido pelo saber psiquiátrico.

A desinstitucionalização é um trabalho que, na prática, deve promover a transformação, inicialmente, no manicômio, desmontando o que fora criado para ser uma solução institucional para desmontar e remontar o que seria o problema justificado. Assim, transformar-se-iam concretamente os modos de cuidado/trato das pessoas, a fim de que se transformasse o seu sofrimento, pois com este o ato terapêutico não mais insistiria na solução-cura, mas no conjunto complexo e cotidiano das estratégias de enfrentamento do “problema”, com a reflexão sobre a razão de ser dos próprios atos terapêuticos, dos tipos de tratamento (ROTELLI; DE LEONARDIS, MAURI, 1990).

Portanto a nova noção de “instituição” neste contexto é assim definida:

É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (ROTELLI; DE LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 29-30).

Entretanto, não era suficiente negar de maneira política e ideológica a construção social da doença. Conforme Basaglia:

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estanhos à doença e sua cura. Diante de uma tal constatação era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas. (BASAGLIA, 1985, p. 103).

Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990) afirmaram que os psiquiatras em Gorizia (nos anos 60) e depois em Trieste (nos anos 70) propunham que a Psiquiatria havia separado a doença da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social, e a isto chamaram de “o mal obscuro da Psiquiatria”. Deste modo Basaglia propôs colocar a doença entre parêntese, posto que esta é um objeto construído pela psiquiatria e é o que sustenta a exclusão dos doentes, confirmando que a objetivação da doença autoriza os atos de violência e não de cura ou libertação, além de que

Sobre esta separação artificial se constitui *um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos* (precisamente a “instituição”), todos referidos à

“doença”. É este o conjunto que é preciso demonstrar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “*existência*” doente. (ROTELLI; DE LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 28, grifos dos autores).

Não é uma negação da doença mental, embora em algum momento isso possa ter sido cogitado. Significa negar a aceitação da construção teórica do saber psiquiátrico sobre a loucura e da experiência do sofrimento, ao que foi construído enquanto verdade no interior dos manicômios (AMARANTE, 2010).

A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 67).

É, ao mesmo tempo, uma denúncia e uma ruptura epistemológica que possibilita verificar o ‘duplo’ da doença mental, que é resultado não do estar hospitalizado ou estar doente, mas do estar institucionalizado, do que constrói em termos institucionais àquele que está internado e que se edifica desta forma em pré-conceitos “científicos”, como a periculosidade. O ‘duplo’ da doença mental é a face institucional da doença e da negação da subjetividade pela objetivação extrema do saber psiquiátrico. Mas este conceito “não apenas denuncia a função alienante, violenta, iatrogênica da psiquiatria mas, fundamentalmente, coloca em questão sua função terapêutica.” (AMARANTE, 2010, p. 83).

Conforme o autor, a desinstitucionalização, então, é uma estratégia para a instituição inventada e é em Basaglia que este conceito ganha corpo e refuta a ideia de uma simples desospitalização, como propunha a reforma americana da Psiquiatria Preventiva e, por esta razão, é que a desinstitucionalização em Basaglia é sinônimo de desconstrução. Em outras palavras:

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI; DE LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 30).

De acordo com Basaglia e Basaglia (2010), o conceito de institucionalização fundamenta-se nos termos “*social break-down syndrome*” pelos autores americanos, “institucionalização” essa (baseado no termo “*neurose institucional*”, de Burton) que denota a um “vazio emocional”, criado pela institucionalização sobre o institucionalizado, impondo novos sofrimentos e alienação e colocando em questão o seu efeito terapêutico (do modo asilar) e “poder institucionalizante”, baseado no conceito de “*instituições totais*” de Erving

Goffman, que remete à forte influência da obra “Manicômios, prisões e conventos” (traduzido para o português) na base do projeto de desinstitucionalização de Basaglia, para a desconstrução prático-teórica do manicômio.

Então, o institucionalizado é aquele em qual a doença se impões sobre a doença original, levando as atitudes do paciente muitas vezes a serem confundidas com sintoma da sua doença, e tudo não passa do efeito da ação coercitiva da instituição no assujeitamento paciente:

Assim, o internado perfeito, no ápice dessa desoladora trajetória – cuja meta parece ser a destruição do doente – será aquele que se mostra completamente amansado, dócil à vontade dos enfermeiros e do médico [...] aquele que m suma não complica as coisas com reações pessoais, se amolda passivamente à autoridade que o tutela. [E o internado de quem se diz – com satisfação – estar bem adaptado ao ambiente [...] e nos alegramos por ele não ser mais capaz de estorvar a organização e o bom andamento da instituição. (BASAGLIA E BASAGLIA, 2010, p. 51 - 52).

Destarte, Basaglia cria mais dois conceitos como fios condutores do percurso da desinstitucionalização e, quais sejam a luta contra a “institucionalização completa do corpo hospitalar” – dos técnicos responsáveis pela assistência, e a “desinstitucionalização do ambiente externo”, afastando-se de vez dos projetos da psicoterapia institucional e da comunidade terapêutica, pois importa uma transformação da sociedade e não somente uma transformação interna do manicômio sobre o lidar com a loucura, pois “Em outras palavras, os técnicos da saúde mental ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sócias etc...” (ROTELLI; DE LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 30).

Segundo Amarante (2010), além disto, as reformas asilares não problematizam as relações dentro-fora, a violência da internação forçada.... Deve-se substituir estas por organizações alternativas.

A luta contra o corpo hospitalar é uma reflexão de Basaglia a partir de Gramsci e Sartre. O primeiro resulta na organização de uma intervenção prática sobre o papel dos técnicos como uma ideologia e o segundo sobre quais as funções destes técnicos e dos intelectuais do saber prático. Estas reflexões permaneceram na questão do mandato social da psiquiatria: a concessão da função à psiquiatria para a administração de quem está à margem, quem é desviante pela sociedade (AMARANTE, 2010).

A desinstitucionalização, portanto, deve ser realizar em dois níveis simultâneos, um teórico e outro político. Tais níveis estão referidos às duas faces da realidade da doença e do estar-doente: a de uma problemática psicopatológica (dialética e não

ideológica) e a de uma problemática de exclusão, de estigmatização social, das quais nasce a hipótese de ação prático-teórica, que passa a orientar os últimos momentos do trabalho em Gorizia, assim como o início do trabalho em Trieste, cuja base é a ‘invenção’ de novas estruturas assistenciais e terapêuticas. (AMARANTE, 2010, p. 86)

Assim, a desinstitucionalização deve ser operada não somente no hospital psiquiátrico (com a desospitalização, a reestruturação administrativa e técnica da assistência) mas também no “conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria”, com a desconstrução de conceitos nocivos que não atingem apenas uma questão epistemológica, mas também a questão social e política (AMARANTE, 2010, p. 87). Nas palavras de Rotelli; De Leonardi e Mauri (1990, p. 32), “O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes”.

Para Amarante (2010), um outro aspecto da desinstitucionalização está na crítica às repostas exclusivamente técnicas aos transtornos mentais, como já dito acima, à ideologia de que apenas a psiquiatria daria conta de “explicar” os adoecimentos da mente. De toda forma, Basaglia questiona a crescente popularização de experiências de terapêuticas “não-asilares” de sua época, por não compreender a necessidade da psiquiatria em se “modernizar” com a proposta de “libertação”, como as Comunidades terapêuticas, transformando instituições de violência em instituições de tolerância.

Dito de outro modo, a transformação da atitude, de violência para tolerância, tal como operada pela ‘nova psiquiatria’, não significa transformação dialética do processo de inclusão/exclusão social do louco, da inserção da loucura no espaço social. A exclusão, embora sem características violentas da psiquiatria asilar, continua a existir sob a égide da tolerância e da complacência. (AMARANTE, 2010, p. 89-90).

Basaglia referiu que as condições de loucura e o sofrimento psíquico não devem ser nem violentadas e nem toleradas: precisam ser aceitas, tratadas enquanto tal, conforme ressaltou Amarante (2010). Desta forma, a união contra a permanência do manicômio (na sua forma total – práticas, teorias, estrutura...) é uma forma de também combater a miséria e, por esta razão, Basaglia e todos aqueles que aderiram aos seu pensamento se uniram em favor dos que buscavam sua emancipação, que lutavam pelo que ele chamou de liberdade real do mundo (BASAGLIA, 1980).

### 3.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil a “psiquiatrização” data de 1852, quando o primeiro hospital público nacional psiquiátrico foi fundado, o “Hospício Pedro II”, na cidade do Rio de Janeiro, pelo decreto nº 82 de 18 de julho de 1841. Porém sua inauguração só foi realizada mais de 10 anos depois, através do decreto de 08 de dezembro de 1852, sob muitas críticas por ser anexo à Santa Casa de Misericórdia, sendo considerado pela classe médica como uma instituição de caridade, e por não ser adequada à lógica terapêutica da alienação mental praticada na França, como vimos anteriormente, por Philippe Pinel .

O processo de modernização da assistência psiquiátrica ou desinstitucionalização que culmina na Reforma Psiquiátrica tem o seu início datado em meados da década de 70, muito ainda calcado nos princípios de Psiquiatria Preventiva comunitária dos EUA, conforme o “Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica do INPS” e na “Portaria 32/74 do Ministério da Saúde”, e depois no movimento de reforma psiquiátrica italiana (LOUGON, 2006).

Na reforma psiquiátrica brasileira o termo “desinstitucionalização” assume alguns significados que merecem discussão e reflexão, a saber: a) desospitalização; b) desassistência e; c) desconstrução.

O lidar prático e teórico do movimento pela reforma psiquiátrica nos EUA, nascida dos projetos da Psiquiatria Preventiva e comunitária, como visto no capítulo 1, caracterizou a desinstitucionalização como “*desospitalização*”, com objetivos meramente administrativos e com a crítica apenas à aplicação do modelo psiquiátrico de assistência e ciência. A reforma psiquiátrica brasileira teve, inicialmente, influência da psiquiatria preventiva – vide as primeiras legislações, e, portanto, seus princípios e estratégias também recebem críticas no que depende do entendimento – quem entende e o que se entende, sobre este processo (AMARANTE, 2010).

Para o autor, não raramente, os projetos de desinstitucionalização brasileira também são entendidos como “*desassistência*”, principalmente por quem compreende esses projetos como mera desospitalização – e, portanto, ao desamparo, sem levar em conta que as políticas para tal processo pretendem a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos, e para tanto, cria-se dispositivos em substituição a este modelo de assistência.

Alguns atores que contribuem para este entendimento, a saber: a) uma premissa crítica e correta de que isto reduziria o papel do Estado com estas pessoas e seus familiares; b) a má compreensão do conteúdo teórico que envolve o projeto; c) todos aqueles que se opõem à

desinstitucionalização, por “descuido ou má fé” – segmentos altamente conservadores e resistentes à ampliação dos direitos e igualdades aos setores minoritários, aqueles que tem interesses específicos na organização da psiquiatria e suas extensões (AMARANTE, 2010, p. 18, grifo meu).

Não obstante, as maiores experiências de reforma psiquiátrica aconteceram dentro destas limitações de “*simples reformulação de serviços*”. Em algumas ainda houve a tentativa de humanização do hospital para que se tornasse mais terapêutico, em outros houve criação de serviços externos para que se evitasse a internação, e em todas elas a mudança foi focada nos serviços (AMARANTE, 2007).

Desta forma, para Rotelli; De Leonardis e Mauri (1990 apud AMARANTE, 2007), o desafio na desinstitucionalização é superar a ideia de mera reestruturação assistencial. Para isso, o primeiro passo é entender a saúde mental e a atenção psicossocial como um processo social que é complexo, e não como um modelo ou um sistema fechado.

Para efeitos didáticos, Amarante (2007) criou quatro dimensões para melhor pensar o processo social complexo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a saber: 1) *Dimensão Teórico-conceitual (ou epistêmica)*; 2) *Dimensão Técnico-assistencial*; 3) *Dimensão Jurídico-política*; e 4) *Dimensão Sociocultural*.

O saber psiquiátrico foi construído em bases positivistas, em uma lógica “biologicista” e naturalista, na qual era inquestionável e aceito universalmente sob a forma de uma ideologia. Esqueceu-se do sujeito e o colocou entre parênteses, ao que Basaglia chamou de “o mal obscuro” da psiquiatria (AMARANTE, 2007; 2010).

Assim, pensar na *dimensão teórico-conceitual* é refletir que, nos programas e ações que serão implementadas na saúde mental e atenção psicossocial, os conceitos fundamentais da psiquiatria devem ser avaliados e fazerem parte de um contexto que está em transformação, como um processo que é, contemplando um conjunto de aspectos antes negados tais quais éticos, sociais, culturais, morais, religiosos, político, entre outros (AMARANTE, 2007).

Colocando entre parênteses a doença, o sujeito, então, é possível de emergir. E com ele tudo o que lhe constitui enquanto pessoa social, no cotidiano, no familiar e “(...)isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2007, p. 69), com a construção de uma rede de serviços voltadas para as ações de cuidado, acolhimento, escuta e, portanto, voltas para a produção de subjetividades. Este deve ser o pensamento na *dimensão técnicoassistencial*.

Amarante (2007) localiza a *dimensão sociocultural* como uma dimensão estratégica no processo da reforma psiquiátrica pois aqui o objetivo é envolver a sociedade na discussão

sobre a reforma psiquiátrica, provocando o imaginário social através de reflexões sobre a loucura e todos os conceitos criados em torno do portador de sofrimento mental. O Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de maio, foi instituído exatamente sob a proposta representativa de manter as discussões políticas, eventos culturais, acadêmico entre outros, numa tentativa de fortalecer a participação social e política dos atores envolvidos no processo da reforma psiquiátrica, quais sejam usuários, familiares, trabalhadores e outros ativistas de movimentos sociais.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (criado em 1978), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), as Associações de Usuários e familiares e as Conferencia Nacionais de Saúde Mental ocorridas nos anos de 1987 (I), 1992 (II), 2001 (III) e 2010 (IV) são considerados marcos dentro desta dimensão proposta por Amarante (2007) por terem sido resultado da mobilização dos atores sociais envolvidos na reforma psiquiátrica.

Sobre a *dimensão jurídico-política*, Amarante (2007) ressalta que há um conjunto de desafios e estratégias a serem vislumbradas, pois se a loucura não é sinônimo de periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil, é necessária toda uma revisão de nossa legislação brasileira, e isto seria imprescindível de ser feito, já que os nossos códigos civis e penais trazem vários termos que fazem “*referencias nocivas*” e que pré conceituam as pessoas em sofrimento mental.

O caminho a seguir através dos direitos humanos é a luta pela cidadania, pelos sujeitos de direito que eles são. Amarante (2007) refere que um momento importante neste espaço foi a aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Apesar da lei dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental:

O texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço no modelo assistencial. Ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 2007, p. 70).

Destarte, as legislações não dão conta e nem são garantia de que as pessoas tenham direito e tornem-se cidadãos, pois, como dito anteriormente, isto é um processo social complexo quando nos referimos ao campo da saúde mental e atenção psicossocial posto que os sentidos sobre atos, pessoas e coisas são criações construídas ao longo do tempo e, portanto, tornam-se representações de um coletivo, porque são compartilhadas entre os grupos sociais por um processo natural. Um exemplo disto está na construção da condição do “louco perigoso”, iniciada por Kraepelin no século XIX (AMARANTE, 2007).

Yasui (2010) retoma esta discussão de Amarante (2007) sobre a dimensão jurídico-política propondo renomeá-la como *dimensão política*, a fim de dar voz as tensões e aos conflitos que as ações da reforma psiquiátrica produziram e as quais geram questionamentos na relação Estado – sociedade, e, por esta razão, as mudanças ocorridas no aparato jurídico são resultados dos esforços jurídico da luta de protagonistas que organizaram uma série de proposições e princípios. Portanto é um:

Processo que também ativa e muda atores sociais, cria contradições, inventa instituições de cuidado, transforma as políticas municipais, provoca as universidades. Enfim, implica todos, em uma utopia ativa de transformação social que se faz e refaz cotidianamente. Trata-se, dessa forma, de uma luta política para uma transformação social. (YASUI, 2010, p. 25).

Para Rotelli; De Leonardis e Mauri (1990) é útil, então, que se faça valer dos papéis sociais, porém também é mandatório que se promova de forma ativa estas possibilidades.

Como vimos desde o início desse trabalho, a psiquiatria vem sendo reformada desde os seus primórdios e o “louco”, por sua vez, tinha o seu lugar demarcado de acordo com o saber e o poder vigentes da época.

A reforma psiquiátrica brasileira também deve ser pensada diferente das outras reformas (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010) e, como Rotelli propôs, a partir do entendimento de um processo social complexo que para ele a “política” da dimensão política do processo é:

[...] a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças. Exercitar a liberdade é correr riscos de viver a vida como este milagre de começar o novo, tomar a iniciativa de romper com os discursos e práticas hegemônicas que incidem sobre o nosso cotidiano, tornando-o monótono, repetitivo, sem perspectiva, cinzento, sem vida. (YASUI, 2010, p. 28).

No Brasil, os movimentos de reforma (sanitária e psiquiátrica) foram impulsionados pelos movimentos sociais nesta tentativa de rompimento com os discursos e práticas vigentes, em prol de uma reestruturação da assistência em saúde, e, desde sempre, implicando na reestruturação jurídico-política do processo.

De acordo com Amarante (1995 apud SANTOS, 2014), o episódio conhecido como a “Crise do DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), um órgão do Ministério da saúde responsável pelas políticas de saúde mental no Brasil, foi o divisor de águas no processo para a Reforma Psiquiátrica brasileira, em 1978. O “estopim da reforma psiquiátrica brasileira” foi a greve deflagrada pelos profissionais das quatro unidades do DINSAM-RJ: Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira – CJM e Manicômio

Judiciário Heitor Carrilho. Juntamente com estes profissionais, houve demissão de mais de 200 estagiários e profissionais, quando nestas instituições a grande maioria dos recursos humanos era composta de bolsistas que frequentemente trabalhavam sob as piores condições entre baixos rendimentos financeiros, precárias condições dos ambientes em que trabalhavam, e ameaças de todo o tipo de violência a eles e aos internos destas instituições. Disto partiu denúncia registrada em prontuário de três profissionais do CPPII acerca das situações irregulares e condições precárias e sub-humanas neste hospital, provocando uma série de discussões à respeito dessa situação.

As diretrizes criadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (8º CNS), em 1986, foram um marco importante dentro da história da Reforma Psiquiátrica, pois ela passou a ser pensada dentro da perspectiva da Reforma Sanitária (da organização da saúde), bem como recebeu status de movimento politizado. Neste mesmo evento, reuniram-se trabalhadores da saúde mental e, em aliança com membros do movimento sanitarista, membros de conselhos profissionais, familiares e usuários com histórico de longos períodos de internação em asilos psiquiátricos. Ela deu origem ao primeiro movimento pela luta de melhores condições, direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais: MTSMS - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Outro grande reforço ao movimento pela reforma psiquiátrica e em apoio ao movimento dos trabalhadores de saúde mental foi a vinda de Franco Basaglia ao Brasil para o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no qual proferiu palestras em universidades, reuniu-se com movimentos e sindicatos, aproximou-se do MTSM e tornou-se grande referência teórica e prática para a reforma psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2012).

Em estudo realizado, Escorel (2012) analisa a historicidade das políticas de saúde no período que vai de 1964 à 1990, sob o título “Do Golpe Militar à Reforma Sanitária”, dividindo as análises em quatro importantes momentos. Destacamos aqui o momento que corresponde ao período de 1985 à 1990, intitulado, pela referida autora, de “Transição democrática e constituição do Sistema Único de Saúde”, no qual, após 20 anos de ditadura militar, tem-se marcos importantes como o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a nova Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã (termo criado por Ulysses Guimarães) com a aprovação da saúde como direito fundamental, e a criação da legislação do Sistema Único de Saúde, o SUS, criado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Desse modo, as ideias da reforma psiquiátrica no Brasil e as ideias da reforma sanitária encontram-se em um caminho no qual os seus objetivos se assemelham, pois o

movimento antimanicomial também almeja a construção de novas práticas do cuidado em saúde, com serviços organizados em rede de forma territorializada e com ações transversais que propõe a integralidade do cuidado (SANTOS, 2014).

De acordo com Sidrim (2010), a organização política e as deliberações ocorridas da 8ª Conferência Nacional de Saúde “deram o tom” para a I Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM), em 1987, e as proposições sobre a nova forma de assistência receberam forte influência do movimento americano de reforma, cujo engajamento estava na criação de espaços extra-hospitalares nos níveis primários e secundários organizados através do sistema de referência e contra referência.

No ano de 1989, o projeto de lei da reforma psiquiátrica é entregue para apreciação, pelo então deputado Paulo Delgado. A lei dispunha sobre os direitos e proteção aos portadores de transtornos mentais, bem como a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos. Porém foi após a firmação do compromisso do Brasil com a reestruturação e reforma psiquiátrica na chamada Declaração de Caracas de 1990 e a partir da II CNSM que novas diretrizes foram pensadas para a assistência em saúde mental, resultando nas primeiras legislações federais sobre uma nova Política de Saúde Mental para criação de serviços substitutivos, baseados na experiência dos primeiros serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia aqui no Brasil (SANTOS, 2014).

No documento Brasil (1992), estes serviços citados tiveram suas diretrizes estabelecidas para se estruturarem demarcadas com a “Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992”, pois definiu-se que os NAPS/CAPS seriam estruturados de acordo com a lógica do território, responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais diários com atividade individuais e grupais e composta por equipe multidisciplinar, funcionado também como porta de entrada dos usuários para as ações em saúde mental.

Santos (2014) refere que a realização da III CNSM, aliada à aprovação da Lei nº 10.216/01, produziu efeitos importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Mental, pois esta passou a orientar a forma como seria a requalificação do hospital psiquiátrico e estruturação dos serviços comunitários, sendo criado também as normativas de financiamento e portarias para auxiliar a reestruturação dos serviços. Foi neste momento que o CAPS assumiu o papel de serviço estratégico na reestruturação da assistência em saúde mental, pela “Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002”.

Amarante (2007) aponta alguns caminhos e tendências das políticas de saúde mental no Brasil e atenção psicossocial a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a saber:

- *Atenção à crise e aos serviços de atenção psicossocial*, considerado um dos aspectos mais estratégicos, porém também mais difíceis no processo. A crise aqui é entendida como um conjunto de adversidades que envolvem família, amigos, vizinhos, desconhecidos dos usuários. Assim, os profissionais devem estar preparados para acolhimento destes usuários, devem priorizar a participação deles em seus processos e que sejam estabelecidos vínculos afetivos. Os serviços também precisam ter estruturas flexíveis para que não se tornem o lugar que coloca o sujeito entre parêntese;
- *As estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos* para os usuários de longa internação e institucionalização e/ou sem laços sociais e familiares, regulamentada pela lei de nº 106/00 e recentemente alterada pela Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Aqui é muito importante o trabalho em rede, principalmente pela luta contra a desinstitucionalização destas pessoas, e por isso deve contar com a possibilidade do trabalho em conjunto com a Estratégia saúde da família (ESF), com supervisão e o matriciamento que pode ser realizado pelas equipes dos CAPS;
- *As cooperativas, centros de convivência e empresas sociais*, que criam as possibilidades mais concretas de geração de renda para as pessoas que são acompanhadas pelos serviços de saúde mental, nas quais o trabalho passa ser uma estratégia de resgate da cidadania, autonomia, emancipação social, e não mais uma atividade terapêutica;
- *Saúde mental e saúde da família*, na qual um dos princípios da ESF (estratégia saúde da família) é justamente a desmedicalização, que significa não atribuir todos os problemas da comunidade à ordem médico-sanitária. Em 2003, foram incluídas de forma determinante as ações de Saúde Mental como estratégias dentro da Atenção Básica, obedecendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

O Programa Saúde da Família (PSF), importante aliado nestas ações, surge no cenário da atenção básica como uma estratégia que, em consonância com os princípios do SUS, vem para a reorganização do modelo assistencial no qual, para além das unidades de saúde, a atenção à família – como objeto central da estratégia, seja realizada dentro da própria comunidade, onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, criando um processo de corresponsabilização entre o serviço e a comunidade (BRASIL, 2007). Segundo Rodrigues

(2011), em 1996, o PSF passa a ser considerado não mais um programa, mas uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde e em substituição ao modelo tradicional de assistência, resgatando a territorialidade, a resolutividade, etc., propostas pelo SUS.

- *A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como via de inovação na atenção psicossocial*, instituída em 2011 pela portaria de nº 3.088, que, segundo Santos (2014), trouxe, além da ampliação da diversidade dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, da ratificação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e das considerações feitas na legislação que orienta a Política Nacional de saúde Mental, também é o documento que outorga à RAPS a organização da assistência em saúde mental e seus seguintes componentes: *atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e; reabilitação psicossocial*. Cada um desses componentes tem seus pontos de atenção definidos e que discutiremos no capítulo 4.

## 4 DESCREVENDO OS DOCUMENTOS

No trabalho de campo, aprendemos, tornamo-nos competentes, mudamos nossos pontos de vista. O bom trabalho de campo produz uma quantidade de novas descrições. Se uma explicação é relevante, um novo agente está sendo acrescentado à descrição, e a rede é maior do que se imaginava. Se uma descrição precisar de uma explicação ela não será uma boa descrição. A teoria ator-rede abre mão da explicação. (ARENDR, 2008, p.08 )

Este capítulo se propôs a demonstrar a produção das redes, sua dinâmica e a forma como circularam as informações que elas produziram, identificando os *actantes* que ajudaram a desenhar a Reforma Psiquiátrica Brasileira até a aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, os fatos que construíram, os efeitos de suas ações e as relações criadas ente eles nesse processo. Importante lembrar que estamos nos referindo à noção de redes sociotécnicas, um híbrido resultado de entidades humanas e não-humanas.

Como dissemos no capítulo introdutório desse trabalho, inicialmente começamos o percurso pela via da desinstitucionalização, portanto, cabe falar um pouco mais sobre ela. Na reforma psiquiátrica brasileira a categoria “desinstitucionalização” assume alguns **significados** que merecem discussão e reflexão, a saber: desospitalização, desassistência e desconstrução, tudo depende de quem elabora os textos.

A tendência ao entendimento da desinstitucionalização como “desassistência” torna-se forte e evidente após a criação do projeto de Lei Paulo Delgado (Lei nº 3.657/89), no qual além do saber psiquiátrico também se beneficiariam do entendimento da desinstitucionalização como desassistência a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e os empresários dos hospitais psiquiátricos que “[...] não sabem ou não pretendem saber o que significa a desinstitucionalização; contudo opõem-se a ela pelo risco que pode representar aos seus interesses constituídos, e tão-somente sobre estes seus argumentos são constituídos” (AMARANTE, 2010, p. 19).

Porém Latour orienta que os *actantes* não são categorias prévias as quais o pesquisador colocaria como meta perseguí-las na pesquisa, pois eles acontecem no campo. A desinstitucionalização passou a ser superada por outros *actantes* que mereceram ter voz libertada, e são eles que contarão essa história.

A seguir, apresentaremos os documentos coletados para essa pesquisa, suas descrições e os comentários analíticos sobre eles, trazendo os avanços, possíveis retrocessos e questões novas (ou velhas) na voz dos *actantes*. Devemos lembrá-los que estes documentos não foram enquadrados, de forma usual e sistemática: apenas por uma questão cronológica, organizamos

por ordem de ano de publicação e descrevemos os fatos que foram aparecendo em nossas mãos, conforme orientou Latour (2013).

#### **4.1 A redemocratização do Brasil e a saúde mental na Nova República brasileira: análise dos documentos de 1986 à 2001.**

De acordo com Musso (2004, apud BONAMIGO, 2010, p. 165), “a rede é um lugar onde a determinação é construída, negociada, ensaiada”, assim partimos do entendimento de que o processo da reforma psiquiátrica é um efeito das associações entre os variados *actantes* de uma rede heterogênea, devendo, portanto, ser respeitado o princípio da simetria, já tratado no primeiro capítulo, seguindo os atores sem privilégios de pontos de vista numa tentativa de identificar sem censuras as conexões que teceram essa rede, de maneira minuciosa, como veremos a seguir.

Para iniciar as análises importa lembrar fatos históricos ocorridos no Brasil e que antecedem a linha do tempo dos documentos que analisamos.

Um destes fatos refere-se ao movimento pela Reforma Sanitária, que originalmente teve seu início ainda na década de 60, influenciada pelo modelo “preventivista” de atenção à saúde, importado nos EUA. Mas foi na década de 70, na era Geisel, que o então desejo de mudança no sistema de saúde começou a ser articulado em forma de movimento, o chamado movimento sanitário, assim definido por Escorel (2012, p. 341) como um:

[...] movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

É um período importante em muitos aspectos na história do Brasil, a começar pela saída, em 1984, de um longo período de ditadura militar marcado por autoritarismo em vários níveis e, na área da saúde, privatizações (inclusive da Psiquiatria) concedidas pela Previdência Social, baixos investimentos e recursos insuficientes repassados ao, então, órgão competente para formular a almejada política nacional de saúde, o Ministério da Saúde, resultando em uma saúde pública ineficaz (SCOREL, 2012).

No ano de 1985, Tancredo Neves foi eleito pelo colégio eleitoral o Presidente da República, no entanto sem chegar a tomar posse por ter falecido vésperas ao evento. Assumiu em seu lugar o vice presidente José Sarney, tornando-se esse o primeiro presidente eleito na

nova República, porém sem eleições diretas, e em seu governo foi criada uma comissão de elaboração do projeto de uma nova Constituição.

De acordo com Escorel (2012), para a nova constituição almejava-se a unificação do sistema de saúde, no entanto, havia resistências de um lado e divergências, inclusive, entre os próprios integrantes do movimento sanitário e como tentativa para solucionar a questão e organizar elementos que pudessem ser levados para o debate de uma reforma do sistema de saúde no Brasil, foi convocada a 8ª Conferência Nacional em Saúde (CNS) e é a partir deste documento que iniciamos nossas análises.

#### 4.1.1 “Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde” – 1986

Publicado no ano de 1986, cujo presidente da comissão organizadora era Antonio Sérgio da Silva Arouca, médico Sanitarista e presidente da Fundação Oswaldo Cruz entre os anos 1985 e 1989. O Brasil estava sob o governo do então presidente José Sarney.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde colocou em discussão os temas “Saúde como direito; Reformulação do sistema nacional de saúde e Financiamento setorial” e foi considerada um marco na história política e social do Brasil não somente pela aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também por ter sido um momento democrático e participativo, principalmente, pela participação em massa, pela primeira vez na história, de usuários e familiares no processo de discussões.

Como vimos no capítulo 2, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira ganha força com o movimento da reforma sanitária e com a vinda de Basaglia ao Brasil, já que o momento na área de saúde mental era delicado após o episódio na DINSAM, em 1978, porém com grande ganho para o reforço do movimento que foi a criação do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental). O MTSM participou ativamente da 8ª CNS e colaborou com o relatório final da mesma.

Um dos pontos considerados polêmicos na discussão e que deu o nome ao movimento de “Reforma Sanitária” refere-se à “*implantação de um sistema de saúde com mudanças não só administrativas e financeiras mas principalmente a revisão do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, a revisão da legislação que dizia respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde*”. Podemos considerar este ponto como aquele que melhor concorda com o movimento da reforma psiquiátrica, posto que a desinstitucionalização almeja mudanças como um todo no sistema, principalmente no que diz respeito ao entendimento da

saúde como um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e, portanto, a necessidade de ser o sujeito o centro da assistência, e não a doença. Além disso a revisão da legislação de saúde, também implicaria na mudança da legislação de 1934 da assistência em psiquiatria, visando a extinção de atos que promoviam a estigmatização, a violência, o preconceito e a marginalização dos chamados “doentes mentais”.

Aqui um bom exemplo do que Latour chama de entidades híbridas, onde os *actantes* são representados por humanos (os movimentos sociais, colegiado etc), não-humanos (as legislações) e também os discursos em torno do conceito de saúde e de discursos manicomiais que sustentavam as práticas da assistência em saúde mental, deixando claro e bem desenhado o processo de fabricação do que vem a ser a proposta da Política Nacional de Saúde Mental brasileira nos dias de hoje.

No tema “*Saúde como direito*”, foi destacado que a *importância de que os direitos propostos não fossem apenas constitucionais e que houvesse a participação e controle social para acompanhante do sistema, que fossem condizentes com as políticas econômicas e sociais garantindo os meios para efetiva-la*. Isto porque, por um longo período de autoritarismo, a saúde ficou concentrado em mão privadas, favorecendo médicos e hospitais.

Enquanto isto, o modelo público de saúde era visto como anárquico, posto que o governo não priorizava o social, abrindo portas para a mercantilização da saúde em um modelo excludente formado por recurso humanos insuficientemente técnicos, sem condições de trabalho e salários, o privado como privilegiado dos investimentos e o mais importante: todas as decisões referentes a estes aspectos estavam concentradas à nível federal.

Aqui lembramos Basaglia: a sociedade desde sempre era dividida em duas classes: a dominada, que não quer mais ser dominada (os trabalhadores) e a dominante, que quer continuar a dominar e que para ele o manicômio era um lugar onde nitidamente se via esta divisão e onde o médico psiquiatra se colocava na função de repreender ou oprimir os pobres, doentes e loucos.

Para uma análise da construção da reforma psiquiátrica, fica claro que os atores mobilizados para a construção desta rede são plurais, apesar de muitos convocados, outros foram agregados pelos interesses em concordância como o movimentos dos trabalhadores, usuários, familiares, o movimento dos sem-terra, aqueles que estavam na posição de dominados e demonstrando a complexidade da reforma, todos em favor da democratização dos direitos sociais. A TAR confirma, então, que toda a ação acontece sempre “em redes, se desloca, é ultrapassada, influenciada, dominada ou retomada por outros; traduzida e

distribuída entre as várias formas de existência, nem sempre antropomórficas.” (MELO, 2008, p.259).

De maneira geral, a 8ª CNS foi pensada a partir da necessidade de redemocratizar o país, principalmente, com a inserção da participação social nas discussões e assim, teve como *actantes* pessoas ligadas à reforma sanitária, movimento trabalhista e outros movimentos sociais para uma mudança de paradigma que visava o privado para o público, profissionais de saúde que buscavam sindicalização, um atendimento a um sistema de saúde apropriado, atrelado ao ideal de um país socialista e diverso para a descentralização do poder gerido pelo governo federal e dando autonomia a estados e municípios, inclusive financeiramente. Liga também as universidades e entidades de pesquisa para a contribuição do fortalecimento do SUS, como por exemplo os hospitais universitários.

Esta ideia corrobora com os conceitos de Latour (2000), orientando que a pesquisa com a TAR parte sempre de algo que se afirma, o crédito que se dá ou não a elas e o que desta afirmação geral virá ou não de situações mais particulares.

É por esta razão que esta CNS foi de extrema importância para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), como veremos a seguir.

#### *4.1.2 Relatório Final da I Conferencia Nacional de Saúde Mental – 1987*

Depois de pré-conferencias estaduais e municipais, os 176 delegados discutiram os seguinte temas: “*I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental*”.

Como aconteceu na Itália após a II Guerra Mundial, na qual a sociedade civil e os trabalhadores colocaram como questão as práticas das instituições do estado, culminando alguns anos depois em uma luta pela emancipação da sociedade, iniciada pelos movimentos de luta nas instituições, da classe operária, do estudantes dos comunistas e também das instituições psiquiátricas, este relatório traz claramente descrito no **Tema I - a pluralidade de instituições envolvidas no âmbito da Saúde Mental**.

O Brasil ainda estava vivenciando os resultados de uma organização social regida pelos interesses privados, como o início dos latifúndios, crescimento de mão de obra barata, más condições básicas de sobrevivência, como salários e saneamento e aumento nos casos de adoecimento e morte por acidentes de trabalho.

Assim, esse relatório confirma que trazer à discussão estas questões que dizem respeito a incluir os excluídos, os ditos incapacitados, no âmbito das políticas públicas e do convívio social, se faz necessário pela preocupação de que os trabalhadores de saúde mental estivessem sendo instrumentos mantenedores destas exclusões tanto pela condições precárias em que trabalhavam, quanto por assumirem o papel daqueles que dominam, e, portanto, se fazia imprescindível e urgente a revisão de suas práticas para que estas se adequassem ao novo conceito de saúde.

Percebemos que “saúde” tornou-se uma rede sociotécnica no momento em que seu conceito posto em questão, discutido e ampliado passou a ser então o fio condutor das reformas (psiquiátrica, sanitária, agrária, econômica...) e o que *faz fazer* a circulação dos interesses dos movimentos envolvidos nestas lutas.

**O tema II - a reforma sanitária e reorganização e da assistência à saúde mental** - trouxe descrito a importância de um sistema de saúde organizado de forma hierárquica, universal, igual para todos e com foco nos territórios para uma nova assistência em saúde mental, organizada em serviços públicos de base comunitária, multiprofissional e extra-hospitalar.

Aqui aparece pela primeira vez o termo *desospitalização* como estratégia (e portanto, mais uma rede sociotécnica que *faz fazer*) de implantação do novo modelo assistencial em saúde mental, posto que a cultura do asilamento em hospitais psiquiátricos (no modelo instituição total de Goffman ) era o que se “oferecia” como tratamento. Ainda que de forma pouco expressiva, os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram surgindo, mas, ainda assim, os esforços ainda se concentravam nas internações nos hospitais de modelos manicomial e segregacionistas, tanto que surge a necessidade de se criar serviços para regular as internações, bem como a sugestão da criação de leitos em hospitais gerais e a avaliação permanente do tempo de internação dos pacientes.

Outras estratégias de assistência também foram sugeridas, todas vislumbrando não somente a não internação como também a reinserção social dos paciente, como os hospitais-dia, lares protegidos, etc. Para isso, havia a necessidade de permitir a estes serviços equipes multiprofissionais (importante dizer que se pretendia garantir a isonomia entre as categorias) e a realização de ações preventivas que não multiplicassem ou replicassem o controle social ora exercido desde os primórdios.

Vimos no capítulo 1 que a categoria “social” na TAR é construída em rede, e portanto, não podemos reduzi-la à um conceito. Estamos desde o início falando em social, sociedade, resocializar... O que pudemos perceber nesse relatório analisado foi que o social de que se

levanta a bandeira foi construído de maneira que ficasse claro a recusa à toda e qualquer forma de privilégios, exclusão, toda a relação de dominação e poder que rebaixou uma porcentagem considerável da população à margem do nível insatisfatório (por vezes inexistentes) dos mínimos sociais (saúde, habitação, saneamento, etc.).

Isso implicou na descrição do conceito de “cidadania” apresentado no *tema III - Cidadania e saúde mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*, pois o imperativo da doença mental implicou durante anos na exclusão dos sujeitos acometidos por esta mazela tirando-lhes os direitos civis, políticos e sociais. Em Basaglia, o conceito de cidadania estava relacionada à institucionalização do sujeito através do poder e do saber médico autorizados, e, por essa razão, a cidadania abarcava um sentido amplo, para além de resgate de direitos constitucionais, e sim para o resgate do sujeito enquanto dono do seu desejo, dono de si mesmo. A partir disso que Basaglia constrói o conceito de *desinstitucionalização* e, como vimos, significou o fio condutor do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana.

No Brasil, esse conceito também foi agregado e era importante que fosse criada uma legislação que pudesse resgatar estas perdas resultantes do assujeitamento, que foram muito bem asseguradas nas legislações anteriores, como a do ano de 1934. A nova legislação deveria garantir livre acesso dos “doentes mentais” aos mesmos direitos que os “não doentes”, incluindo os casos descritos nos códigos penais que rotulavam perigosos ou dignos de punições segregadoras ou mesmo violentas nos quais estes conceitos deveriam ser revistos.

A noção de *tradução* aqui é cabível, posto que este termo cidadania e o conceito de desinstitucionalização (de Basaglia) ainda permaneceram como temas de discussão nos documentos seguintes – por vezes carro chefe de um documento, criando relações antes impensáveis e que modificaram os atores envolvidos na rede saúde mental.

#### *4.1.3 Boletim e Programação do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental – 1987*

O tema “*Por uma sociedade sem manicômios*” (este que foi utilizado na Argentina pela primeira vez III Encontro da Rede Latino-americana) foi a bandeira levantada pelos trabalhadores de saúde mental reunidos então na I CNSM, reunião essa que convencionou-se chamar da I Encontro dos trabalhadores de saúde mental.

A intenção era reunir os trabalhadores, movimentos sociais, usuários, familiares e simpatizantes com a causa antimanicomial com a proposta de criar “*um fórum independente*

(e não institucional) onde se pudesse falar livremente das questões políticas, a legislação, as práticas...”, para se discutir temas como a legislação, as práticas dos trabalhadores, a inclusão das universidades como apoio nas discussões teóricas sobre a loucura, entre outros, pois ações como estas foram enormemente combatidas na ditadura militar.

Percebemos aqui a tentativa de se constituir efetivamente um espaço democrático e de autogestão de uma categoria (de constituição, no sentido da TAR) que historicamente era colocada na posição de dominada. Ou seja, é uma categoria criada em uma rede a partir de elementos que se configuraram enquanto *actantes*, se associaram e produziram efeitos importantes no movimento da reforma psiquiátrica, como veremos nos outros documentos apresentados aqui.

Para acompanhar a circulação das ações na rede é importante identificar os *actantes* que a ela movimenta bem como acompanhar os vínculos estabelecidos nas ações destes *actantes*. Por isso é importante destacar que participaram deste encontro nomes importantes na história da luta antimanicomial e do movimento pela reforma psiquiátrica, como Joel Birman, Roberto Tykanori (que se tornou coordenador nacional de saúde mental no ano de 2011), Antonio Lancetti, Pedro Gabriel e os Conselhos regionais e federal de Psicologia e de Serviço Social, categorias estas de enorme adesão e apoio às causas desse movimento mas também como forte posição crítica e política aos mesmos, como referiu Lobosque (2003) alguns anos mais tarde:

Eu gostaria de começar declarando que o Movimento de Luta Antimanicomial é uma força política que se destaca entre as mais singulares e vivas no cenário brasileiro. Contudo [...] prefiro centrar-me numa questão que hoje me parece inadiável: qual a razão das dificuldades, hoje sérias, que um movimento desse porte tem encontrado para organizar-se, enquanto *movimento da luta antimanicomial*? (p. 20, grifo do autor).

Foi exatamente por este encontro que surgiu o então MLA – Movimento de Luta Antimanicomial (uma aliança entre trabalhadores e os populares) e com efeitos destas articulações, ainda em 1987, um ato público na cidade de Bauru foi organizado, levando o mesmo tema, “Por uma sociedade sem manicômios”, para as ruas.

Segundo Amarante (1995), outro momento importante também foi o surgimento do primeiro CAPS, o “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, em São Paulo, que passou a exercer grande influência na implantação desse serviço no restante do país.

#### 4.1.4. *Manifesto de Bauru – 1987*

A marcha tem importante destaque no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, pois foi a primeira manifestação pública em prol da extinção dos manicômios e da desinstitucionalização que, como vimos no capítulo 2, representava uma mudança teórica e prática da assistência em saúde mental.

Como porta vozes estavam a classe dos trabalhadores, assumindo uma postura anti higienista e institucionalizadora, agentes da promoção e proteção dos direitos dos usuários (aqui identificamos pela primeira vez o termo “*usuário*”) e como vimos, articulando sempre com os demais movimentos de reforma.

Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! MANIFESTO DE BAURU - 1987

O Manifesto de Bauru é um exemplo de *actante* não-humano. Seus efeitos até hoje são lembrados como um marco na história tanto da reforma psiquiátrica quanto do movimento de luta antimanicomial mas também para outros movimentos aos quais se vincularam. As conexões entre os agentes trabalhadores e não trabalhadores possibilitou que um agisse em benefício do outro, mesmo que salvaguardando cada uma as suas particularidades na história.

São redes heterogêneas compondo novas associações e portanto, nem sempre tão certas, nem sempre tão erradas. Até aqui temos controvérsias, ou não fica claro que a intenção não é mantê-los em um mesmo patamar, digamos assim, dentro do processo, mas lutar pelos seus direitos e garanti-los de forma: juntamos o meu e o seu e assim construímos o nosso?

#### 4.1.5 *Constituição Federal (Artigos 196), Seção II – Da Saúde – 1988*

A promulgação da “Constituição Cidadã”, como chamou Ulisses Guimarães, enfim confirmou o pedido da ampliação do conceito de saúde, ficando assim descrita no documento oficial “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos*

*e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e também passou a fazer parte da seguridade social.*

Em resumo, a nova constituição era de base comunitária e socialista (no sentido político e econômico da palavra), primava pela esfera pública inclusive no financiamento do sistema, a descentralização das ações governamentais, a integralidade nas ações de saúde e a participação efetiva da população através do controle social e dos agentes comunitários de saúde como instrumentos de acesso fácil e rápido à população.

O modelo do SUS se diferenciava do modelo de assistência previdenciária principalmente pela participação hegemônica do capital privado e, aqui, a esfera privada passa a ser vetada e permitida apenas em caráter complementar. Na saúde mental, na prática, essa mudança corrobora com a orientação da exclusão, fechamento e/ou averiguação de clínicas ou hospitais ou a abertura de leitos privados de caráter manicomial.

A saúde, de fato, torna-se um híbrido e assim é irrelevante compreendê-la de outra forma se não no conceito ampliado (e não mais como simples ausência de doença). Dessa forma, ela foi utilizada como base para a construção de outras legislações, em outras políticas. Lutar pela garantia da saúde é um bom exemplo do que *faz fazer* todas as outras redes sociotécnicas a posteriori.

#### *4.1.6 Projeto de Lei Nº 3.657/1989*

De autoria do então deputado Paulo Delgado (PT/MG), este projeto de lei foi baseado nas experiências da desinstitucionalização italiana e foi um dos desdobramentos da I CNSM. O Objetivo desta lei era revogar a lei de 1934 e propunha a extinção progressiva dos manicômios, bem como a proibição da construção e o financiamento de novos hospitais e/ou leitos psiquiátricos, a implantação de outros recursos assistenciais e que estes fossem responsabilidade dos gestores locais e a regulamentação da internação compulsória, assim definida: *“aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal”*.

Sobre a internação compulsória, a nova lei descrevia as razões pelas quais elas poderiam ser feitas e em quais condições, numa tentativa de reduzir o impacto violento destas internações naqueles que a sofriam, principalmente por força da ditadura militar. Desta forma, o médico deveria informar a internação em um prazo de 24h e alguma autoridade do judiciário deveria acompanhar, porém, o mais importante era a

obrigatoriedade da escuta do paciente e/ou dos familiares ou equipe técnica para se conferir a legalidade da ação, interessando assim os direitos do paciente numa tentativa de evitar ou não reproduzir os danos ocasionados da época da ditadura militar e assim criar novas perspectivas para a assistência em saúde mental a partir dos anos 80.

Um tanto conservadora porém com soluções-respostas ao clamor pela garantia de proteção e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Mas, ainda há de perguntar porque manter a possibilidade da internação compulsória? Ela não deixa de existir, apenas agora poderia ser realizada de forma menos violenta... *Performática* e problemática, essa realidade permanece até os dias de hoje, ano de 2016, causando impactos e danos ainda irreversíveis à subjetividade daquele que é internado (muitas vezes, recolhido).

#### *4.1.7 Declaração de Caracas – 1990*

Este documento produzido na Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) é outro marco na história da reforma psiquiátrica, não apenas no Brasil.

De maneira geral, o documento faz um apanhado de todas as reivindicações feitas pelos movimentos pela reforma psiquiátrica nos países, como a não continuidade das assistências prestadas nos hospitais psiquiátricos posto que estes tornaram-se lugar de marginalização do social, da mudança das legislações em prol do regaste da cidadania dos sujeitos, a importância da atenção primária como porta de entrada dos usuários e portanto, a importância dos serviços de base comunitários e territoriais, além de orientarem para que todos os países assumam e cumpram o compromisso destas ações em sua localidade.

É um texto importante porque narra de maneira histórica e documenta todos as conquistas e desafios das lutas dos movimentos antimanicomiais pelo mundo. Uma das questões mais importantes que esse documento traz é a importância de se incluir a atenção primária de forma efetiva nas ações em saúde mental, configurando-se inclusive como porta de entrada do usuário na rede (de serviços).

De acordo com Brasil (2005 apud SANTOS, 2014) o Brasil foi um dos países que assinou a Declaração de Caracas, assumindo assim o compromisso pela reestruturação da assistência em saúde mental e isto foi importante para quando da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), quando novas diretrizes foram organizadas para a reforma psiquiátrica e concedendo dados importantes que deram origem

às primeiras legislações federais para a criação de serviços de atenção diária e de base comunitária como base nos primeiros NAPS, CAPS e que resultou no que hoje conhecemos como Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

#### 4.1.8 Lei Orgânica de Saúde – 1990

Após dois anos da aprovação do SUS, esta lei entra em vigor para regulamentar todas as ações do novo sistema de saúde do Brasil. A base do documento é “A Saúde como direito de todo e dever do Estado”. Um dos deveres do estado está em garantir a saúde com *a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

Este dever está rigidamente ligado aos princípios e diretrizes do SUS, entre eles: universalidade de acesso aos serviços de saúde; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação às pessoas assistidas; participação da comunidade; descentralização político-administrativa (com ênfase na municipalização dos serviços e regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde); resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência, entre outros.

Além disto, a legislação ratifica a participação do serviço ou financiamento privado apenas em questões extraordinárias, uma resposta à privatização da saúde ocorrida nas décadas de 60 e 70. Outro ponto importante é que a partir da diretriz de descentralização trazido pelo SUS os municípios passaram a ser responsabilizados pelas políticas de saúde no âmbito municipal.

Na saúde mental esta legislação que reafirma esta obrigatoriedade de que as ações descentralizadas ampliem a liberdade de gestão dos estados e municípios ajudou na maior ação já realizada em prol da Reforma Psiquiátrica que foi a intervenção em um hospital psiquiátrico conveniado pelo SUS feita pela prefeitura de Santo (SP) onde diversas denúncias de aviltamento à dignidade humana já haviam sendo feitas.

Além disto, o poder público decidiu pela não reforma do hospital diferenciando-se portanto das meras mudanças administrativas ocorridas em outros países quando da necessidade da desinstitucionalização, e houve a mudança de atuação da aplicação da desinstitucionalização brasileira para atuar no sentido da desconstrução do manicômio

baseada na experiência de Triste feita por Basaglia (AMARANTE, 2012) como vimos no capítulo 2.

A legislação também confirma a obrigatoriedade do caráter comunitário e territorial (no sentido de levar em conta as questões próprias da localidade em que o serviço será implantado) dos serviços, da garantia de assistência em saúde sem preconceitos aos portadores de transtornos mentais, a inclusão da comunidade como estratégia de reabilitação social dessas pessoas, entre outros.

#### *4.1.9 Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro –1990*

Legislação que institui as conferências municipais e estaduais de saúde, um instrumento de grande valia no controle social pela participação de usuários, trabalhadores e comunidade em geral. Até aqui, 08 Conferências Nacionais de Saúde já haviam sido realizadas no Brasil, esta que já descrevemos acima, e a partir dessa a saúde mental foi incluída como pauta das discussões, deliberando sempre orientações que passaram a ser discutidas de forma específica com a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

#### *4.1.10 Portaria nº 189, de 19 de Novembro – 1991*

Visando a melhoria da assistência em saúde mental na qual a internação psiquiátrica ainda era válida, esta portaria inclui na tabela de procedimentos dos SUS três tipos de internação: internação em psiquiatria I (tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico); internação em psiquiatria II (tratamento em psiquiatria em hospital geral) e tratamento em psiquiatria em hospital dia (tratamento em psiquiatria em hospital dia), além de permitir exclusivamente os hospitais gerais pelo diagnóstico e/ou primeiro atendimento em psiquiatria.

Estes serviços todos deveriam ser previamente autorizados pelo órgão gestor local, evitando assim a entrada irregular de financiamentos privados, além de passarem regularmente por supervisão, controle e avaliação de equipes técnicas de todos os níveis de gestão.

Esta portaria é importante principalmente para esclarecer as ideias equivocadas de que a Reforma Psiquiátrica extinguiu os manicômios e conseqüentemente as internações,

deixa os “loucos à mercê das ruas”. As internações continuam fazendo parte dos serviços ofertados para a assistência integral do portador de transtorno mental, porém agora passam a ser reguladas (para não dizer controladas e aqui é interessante notar que não teria uma conotação engraçada dizer que o “feitiço virou contra o feiticeiro”) e financiadas de acordo com a legislação em vigor.

#### *4.1.11 Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde – 1992*

A democratização da saúde (no seu amplo conceito) foi pauta primordial desta conferência, visto que a 8ª CNS foi resultado desta mudança de condução do sistema de saúde. O Brasil vivenciava na época uma crise que foi chamada de “tragédia sanitária”, no governo do presidente Fernando Collor de Melo e para onde foi dirigida uma carta com o título “Fora Collor!”, apoiando o *impeachment* por serem contra a política neoliberal e anti popular que, na visão dos participantes, excluía e discriminava a maioria da população brasileira, sendo os *doentes mentais* incluídos nesta lista.

No entanto, a realização desta conferência de 92 (ameaçada e adiada durante 02 anos muito pela inviabilidade de participação de alguns estados e municípios e entendimento das propostas dessa conferência, pelo Ministério da Saúde, como incoerentes) foi para a comissão do relatório final da conferência uma denotação clara do distanciamento entre governo e sociedade e a conferência só foi realizada pelo ativo trabalho e participação do controle social. Isto foi pauta da conferência como apoio de se efetivar a participação e autonomia dos movimentos sociais.

Com o tema “*A municipalização é o caminho*”, esta conferência novamente trouxe a importância de se combater a privatização da saúde e a seguridade social, a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS, a importância de melhores condições de trabalho aos recursos humanos, a importância da participação popular na discussões políticas do país – o controle social, e orientando para o repasse “fundo a fundo” do financiamento dos procedimentos realizados pelo SUS (isto significa maior controle e incentivo à autonomia dos municípios e estados na gestão e ação dos serviços de saúde).

Fazia-se necessário e urgente estas ações municipalizadas e territorializadas visto que a chamada “tragédia sanitária” envolvia a má qualidade da assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde (leia-se humanização), implicando na manutenção de práticas institucionais incoerentes e abusivas, da resultado do mau gerenciamento dos gastos públicos com saúde e educação. Desta forma, os hospitais privados continuavam a receber um grande quantitativo da população e isto mantinha o modelo “hospitalizador da

assistência médica”, pautado na visão organicista e portanto passível de medicalização a qualquer custo e tempo.

Este fato implicava diretamente na reforma psiquiátrica e o relatório trouxe apoio a proposta da extinção dos manicômios, a proibição da aplicação de verba pública em hospitais privados e a criação de serviços substitutivos, a saber: CAPS, NAPS, hospitais dia, hospitais noite, centros de convivência, lares abrigados, emergência, leitos em hospitais gerais.

Outros 04 pontos relevantes de apoio e implicação à reforma psiquiátrica dizia respeito 1- à internação compulsória, já em nível proibitivo pelo entendimento da violação dos direitos e à cidadania dos “doentes mentais” porém, abrindo precedente para os casos comunicados ao Ministério Público; 2- a necessidade de se criar políticas de assistência e garantia de direitos à crianças, adolescentes, psicóticos, autistas e usuários de drogas (o consumo de álcool e drogas havia aumentado consideravelmente); 3- a proibição da propaganda de medicamentos em meios de comunicação em massa e; 4- a necessidade do investimento no trabalho dos recursos humanos e na educação permanente.

#### *4.1.12 Portaria N° 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992*

Orientou a reorganização dos serviços de saúde mental com base nos princípios e diretrizes do SUS, como por exemplo a importância da continuidade do tratamento em vários níveis de atenção, o apoio à participação popular nas discussões que visem a construção e organização dos serviços prestados e a garantia de assistência à nível multiprofissional.

Com o objetivo então de permitir o livre acesso aos serviços e garantir a integralidade da assistência, organizou a rede de serviços à:

- 1- Nível ambulatorial (centro de saúde, ambulatórios e Unidades básicas de saúde);
- 2- Nível especializado (NAPS E CAPS) prioritariamente territorial, oferecendo atendimento entre o nível ambulatorial e o a de internação hospitalar; com funcionamento de 01 ou 02 turnos, podendo haver um terceiro configurando um serviço 24h com leitos de repouso se necessário, 1 ou 2 turnos de 4h, ou podem funcionar 24h por dia e devendo ser considerados porta de entrada à rede de serviços em saúde mental de pacientes egressos de outros serviços, pacientes

de alta dos serviços de urgência e emergência ou egressos de internação hospitalar;

- 3- Nível hospitalar (hospital-dia, serviço recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral), além de incluir nos procedimentos de internação as refeições, equipe multiprofissional, visita domiciliar, terapias e atendimentos grupais, atendimento a família, atividades comunitárias;
- 4- Serviços de urgência psiquiátrica, com prioridade de financiamento apenas aos pronto socorros dos hospitais gerais caso houvesse a necessidade de internação;
- 5- Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, não podendo os leitos ultrapassarem 10% do número total da capacidade de leitos no hospital, oferecer em sua estrutura salas para trabalhos em grupo, área externa para lazer, educação e educação física sendo sempre avaliadas as necessidades dos paciente, e prezar pela preparação do paciente em pré-alta. Além disso, ficou determinando que o “hospital especializado em psiquiatria” deveria ser entendido como aquele em que a maioria dos leitos são destinados ao tratamento especializado em psiquiatria, no regime de internação.

#### *4.1.13 Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992*

Com o tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”, a II CNSM comissão foi composta por atores envolvidos na reestruturação das reformas sanitária e psiquiátrica com uma composição partidária em dois segmentos: usuários, familiares e sociedade civil e, governo e prestadores de serviço, além 150 participantes na categoria ouvinte, 15 personalidades estrangeiras e alguns representantes de organismos internacionais.

Trouxe como mudança a participação efetiva dos usuários tanto na organização quanto na realização dos grupos de trabalho, nas plenárias, nas tribunas livres resultando assim em uma nova organização de trabalho pautada nas transformações das relações e as trocas entre os participantes, além da proposição e criação de novos serviços, ampliação dos temas em debates, o surgimento de novas legislações tanto à nível federal, estadual e municipal.

O cenário em que essa conferência aconteceu reacendeu as ações em prol das mudanças da qualidade de vida em sociedade já que a expectativa da revisão constitucional de 1993 causava inquietação pelas mudanças possíveis na relação entre Estado e sociedade. Com

o sentimento de frustração muito bem demarcado no documento, os participantes da conferência reivindicavam a garantia dos direitos que a constituição de 1988 trouxe mas, em contrapartida, não descreditavam a possibilidade da realização no projeto social que permitisse o avanço e a consolidação da reforma em saúde mental no Brasil.

Importa destacar que o documento traz como marco conceitual as ideias de Franco Basaglia ao propor a Reforma psiquiátrica italiana, como vimos no capítulo 2, tais quais a questão da desinstitucionalização como um problema social complexo, o conceito de existência-sofrimento do sujeito, o rompimento com o poder hegemônico da psiquiatria e do hospital, resgate de cidadania, entre outros.

O documento foi organizado em 3 partes, cada qual com alguns capítulos. Assim descrevemos de acordo com o ponto discutido:

### *A atenção integral*

A necessidade de se criar um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais em saúde mental para uma efetiva assistência em todos as dimensões do sujeito e de acordo com os princípios do SUS; a orientação para a municipalização da assistência em saúde a fim de melhorar a resolutividade das ações territoriais; substituição do modelo hospitalocêntrico por um rede de serviços diversificada e qualificada na qual o objetivo maior seja o resgate da cidadania dos sujeitos; para efeitos de uma efetiva desospitalização a necessidade da criação de serviços públicos de abrigamento, extra-hospitais, além da desinstitucionalização em todos os dispositivos manicômiais como por exemplo os asilos; a integração das ações de saúde mental a outras políticas sociais como a cultura; a proibição da existência de escolas e centros exclusivos para deficientes dando preferência para que estes sejam abertos a comunidade em geral, evitando o movimento segregacionista; o cuidado para que os centros de convivência não se tornem “guetos”, prezando sempre pela convivência em comunidade dos usuários; a participação de outras formas de recursos advindos da comunidade para o fortalecimento da reforma e a organização dos trabalhadores em saúde mental como preferencialmente multiprofissional, integrada com outros campos de conhecimento, incentivo e fortalecimento do ensino e pesquisa principalmente de bases territoriais, além do cuidado na não manutenção e /ou reprodução de práticas que não estimulem a desinstitucionalização e, pela primeira vez em documento, além da desconstrução dos **manicômios mentais** dos trabalhadores e da comunidade, ampliando e emancipando o campo terapêutico.

## ***A Cidadania***

A necessidade de ressignificação do espaço público a fim de afirmar o coletivo e a mudança na relação entre Estado e sociedade; incentivar os usuários a serem protagonistas de sua história; o estímulo a organização de associações comunitária que teriam inclusive livre entrada nos conselhos de saúde; a importância da substituição do termo “Legislação psiquiátrica” para “Legislação em saúde mental” implicada no conceito de cidadania (de Basaglia) bem como a estimulação da proposta e aprovação de uma legislação em saúde mental que prezasse não somente pela reestruturação da assistência mas também garantisse os direitos e a proteção dos usuários em saúde mental; a educação da sociedade através da divulgação do que seria essa nova assistência em saúde mental bem como a sua importância e a luta contra a cultura manicomial, sempre de uma forma acessível e de fácil compreensão; esclarecer a sociedade, familiares e usuários sobre a proposta do fechamentos dos manicômios a fim de evitar equívocos tais quais um entendimento como desassistência; a divulgação da Lei de proteção aos “portadores de doença mental” já existentes no Rio Grande do Sul para que os outros estados pudessem ser incentivados e mobilizados a proporem as suas e; a ampliação dos espaços de discussão e participação de usuários e familiares para a otimização da assistência proposta.

## ***Recomendações Gerais (sobre a saúde mental e municipalização dos serviços)***

A exigência do cumprimento da Lei nº 8.080/90; a importância de adotar os conceitos de territórios e responsabilidade para ampliar a resolutividade da assistência e romper com o modelo hospitalocêntrico vigente, garantindo principalmente o direito de assistência à saúde geral dos usuários dos serviços de saúde mental; incentivo da participação da família bem como a prestação de assistência a mesma; assegura a criação, a manutenção e o funcionamento dos programas de saúde mental dentro da rede pública para evitar abandonos de tratamento e; *“Estabelecer que o dia 18 de maio passe a constar no calendário oficial como dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios, com atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares, tais como escolas, creches, hospitais, unidades básicas de saúde etc”*.

## ***Financiamento***

Assegurar que houvesse repasse do recursos para além do aumento destes, para os programas de saúde mental visando a reestruturação e adequação do modelo de assistência; a extinção dos pagamentos via AIH (sistema de autorização para internação de pacientes) já que equivocadamente geravam a possibilidade das internações de longa duração, ou pelo menos que enquanto as normas novas de aplicação não fossem aplicadas que se estabelecessem critérios para a AIH como o financiamento igual de serviços como os de hospital-dia, atentando para um prazo proposto de 3 anos para que a AIH fosse suspensa e que para à cada suspensão de AIH a verba fosse destinada à criação de serviços substitutivos, bem como a desativação de leitos manicomialis; Investimentos na pesquisa e capacitação em saúde mental, principalmente aqueles que objetivassem o fortalecimento e divulgação das novas propostas de assistência e que viabilizasse o processo de implantação das mesmas e; a criação de instrumentos que redirecionasse os recursos de internação para ação extra-hospitalares bem como o impedimento do financiamento de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos mas garantindo sua internação quando necessária.

### ***Gerenciamento***

Pretendia a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), uma autarquia pertencente ao hoje Ministério da Previdência que foi criado na época do regime militar e prestava assistência apenas aqueles que tinham a carteira assinada Social e que realizava a maior parte dos seu atendimento em serviços privados pois os convênios remuneravam por procedimento realizado, valorizando a doença e não a cura ou prevenção; a municipalização era necessária visando a equidade e a territorialidade dos serviços; estabeleciam a participação dos usuários, trabalhadores e representantes da administração pública nos conselhos gestores de todos os serviços de saúde mental; Que a gerencia dos serviços públicos de saúde mental fossem preferencialmente pertencentes a qualquer categoria de saúde, desde que habilitado e com perfil condizente ao modelo antimanicomial; A necessidade de criar e garantir a criação de equipes itinerantes na comunidade urbana e rural como uma alternativa na organização dos serviços municipais de saúde; garantir o acesso da população à medicação, meios diagnósticos e tratamento complementares em qualquer nível de atenção; *“Garantir a preservação do patrimônio público dos hospitais psiquiátricos, por seu caráter histórico-cultural, assegurando sua transformação em áreas de uso público”*; Todos os serviços de natureza privada que estivessem impedindo o alcance dos objetivos do SUS deveriam ser extintos ou

desapropriados e as distorções da lei orgânica deveriam ser denunciadas, se possível utilizando instancias jurídicas.

### ***Vigilância***

Previa a inclusão dos princípios básicos da atenção à saúde mental nos códigos sanitários municipais; a criação de mecanismos de vigilância para identificação dos fatores de risco ao sofrimento psíquico nos locais de trabalho; Inclusão nos mapas de risco das empresas os seguintes fatores que contribuem para o adoecimento mental condições inseguras, pressão psicológica, responsabilidades, más condições de trabalho, relações de trabalho, organização do trabalho; Registro das condições em que o acidente ou a doença de trabalho ocorreu, realizadas por todas as instituições que trabalham com saúde do trabalhador; Criação de mecanismos de vigilância a trajetória das pessoas nos diversos níveis de atendimento bem como a vistoria recorrente e rigorosa dos estabelecimentos de saúde para que fossem garantidos os direitos do “doentes mentais”.

### ***Os Trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa***

Previa a capacitação dos trabalhadores de todos os níveis do SUS, inclusive a educação em saúde mental; Criação de residências interdisciplinares em saúde mental vinculadas aos serviços de saúde em consonância com a reforma psiquiátrica, além de incluir no ensino dos 1º e 2º graus os temas em saúde mental; a garantia de supervisões das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental , além de “*Recomendar à Universidade e demais órgãos formadores: a) processar profundas mudanças nas agências formadoras de trabalhadores de saúde, introduzindo temas de saúde mental sob a ótica de saúde coletiva nos diversos cursos, bem como promovendo a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes pública e privada de saúde; b) regulamentar o art. 200, inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de ordenação da formação de trabalhadores de saúde; c) desenvolver programas de pós-graduação em saúde mental na perspectiva da saúde coletiva, com a participação da Universidade e secretarias estaduais e municipais de saúde*”; formar e contar com a participação dos agentes comunitários em saúde e demais profissionais necessários na operacionalização do novo modelo assistencial, dentre eles professores de educação física, artesãos, artistas plásticos, monitores de dança, entre outros, assegurando sempre que o perfil da equipe esteja de acordo com as realidade sócio sanitária do território e;

fomentar as pesquisas no campo da saúde mental que revelem a realidade das pessoas portadoras de transtornos mentais, a assistência prestada, bem como a avaliação e a divulgação dos resultados e dos avanços da implantação da rede de assistência.

### ***Direitos e legislação***

Orientava para a revogação do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 (em anexo) e a regulamentação das Leis Orgânicas Municipais nos pontos que dizem respeito à saúde mental; A inclusão e o cumprimento integral, na legislação brasileira, dos "Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", da ONU (Organização das Nações Unidas) aprovado no ano de 1991; Criar formas de envolvimento da defensoria pública e do Ministério Público nas questões referentes à saúde mental através de comissões permanentes; Orientava para que o Ministério público e as secretarias de saúde municipais e estaduais assumissem como diretrizes para a política de saúde mental os princípios do projeto de lei de Paulo Delgado para os direitos dos portadores de transtornos mentais, criando serviços substitutivos ao tratamento manicomial a partir do ano de 1992; a exigência da aprovação de dispositivos que proibissem práticas violentas como a camisa de força, eletrochoque, psicocirurgias, bem como impedir que as internações destas pessoas e, se necessário fosse, que só acontecessem quando todos os outros meios estivessem esgotados; a garantia aos portadores de transtornos mentais dos mesmos direitos constitucionais e benefícios dos deficientes físicos; a criação de comissão específica para assistência de crianças e adolescente portadores de transtornos mentais, baseada no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente); a imediata aprovação do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado para a consolidação da Reforma psiquiátrica brasileira.

### ***Direitos civis e cidadania***

Propunha encaminhamento ao Congresso Nacional à emenda do Código Civil abolindo a expressão "*Loucos de todo o gênero*", entre os "*incapazes para os atos da vida civil*", no artigo 5º do Código Civil vigente na época; orientava para a criação de comissões municipais que difundissem os direitos das pessoas portadores de transtorno mentais a fim de desmitificarem a periculosidade e a loucura possibilitando desenvolver ações de proteção à saúde mental; a revisão da legislação civil com relação às interdições, de modo que fossem atenuados os dispositivos da interdição, impedindo a incapacitação absoluta da pessoa; a atenção integral aos pacientes com histórico de longa permanência em instituições asilares

devendo sempre que possível integra-los a comunidade; a exigência de que as internações indicadas e recomendadas por órgãos judiciais fossem submetidos à avaliação de uma equipe multidisciplinar em saúde mental abrindo precedência pra recuso da decisão do juiz; a criação de leis e normas que exijam das instituições prestadores de serviços em saúde mental que garantam o direito e o respeito aos pacientes; a garantia da autonomia das decisões em vincular-se as associações que ajudem no resgate da cidadania quando juridicamente esta lhe for negada; a extinção de todos os dispositivos que fomentassem a noção de periculosidade dessas pessoas, incluindo a extinção dos manicômios judiciários também de maneira gradual; a revisão da legislação quanto aos conceitos medico contidos na legislação civil e penal principalmente, tais como a inimputabilidade e imputabilidade, a nulidade dos atos civis praticados pelos loucos e, particularmente, o conceito de periculosidade; a garantia da inserção das pessoas egressas dos hospitais de custódia e afins de forma que sejam incluídas nas ações de atenção integral da rede de serviços em saúde mental.

### ***Direitos Trabalhistas***

A garantia e a preservação do emprego dos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais por um período de 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando as empresas que desrespeitarem a lei; defendiam a criação dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com equipes de Saúde Mental para que nenhum processo de trabalho seja considerado alienante e produtor de sofrimento psíquico.

### ***Drogas e Legislação***

Orientavam a descriminalização do usuários e dependente de drogas (proposta do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN), e portanto a necessidade de se prestar assistência em saúde e não procedimentos penais; recomendou o aviso nas bebidas alcólicas "*O Ministério da Saúde adverte: beber faz mal à saúde*"; o reconhecimento das drogas licitas como também causadores de adoecimento, a saber: álcool, tabaco, tranquilizantes entre outros e; a criação de serviços de cuidados específico para alcoolistas e demais dependentes químicos, assegurando assistência por equipe multiprofissional tanto à nível ambulatorial quanto à nível de internação.

### ***Direitos dos Usuários***

Orientavam a elaboração da carta dos Usuários no Brasil, anteriormente aprovada entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas, próximo documento a ser descrito.

#### *4.1.14 Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental – 1993*

O documento inicia da seguinte forma *“Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos”*.

Em linhas gerais a carta de autoria dos próprios usuários e familiares traz o apelo destes pelo direito de serem protagonistas (autores e atuantes) da política pública de saúde mental. No texto da carta foram elencados as seguintes rogativas: *amplos direitos sociais, inviolabilidade da cidadania, não à discriminação e à segregação, integralidade e humanização na assistência prestada pelos serviços e corpo técnicos, respeito à laicidade e ao gênero, não ao preconceito na inserção no mercado de trabalho e não à qualquer tipo de abuso e ao aviltamento da dignidade e moral.*

Demonstrando o empoderamento que à muito custo tentavam (e ainda tentam) garantir, a carta também traz sugestões de como a rede de assistência em saúde mental deveria ser organizada, cada importância de serviço bem como uma postura crítica e política sobre: *a importância de outras áreas serem consideradas dentro da assistência em saúde mental para que seja possível a integralidade das ações (inclui assistência jurídica, odontológica, médica, social, educação e trabalho); a necessidade de uma assistência preferencialmente gratuita, pública, não hospitalocêntrica (na carta o termo utilizado é manicômios, identificado como instituições fechadas), mas comunitária, territorializada, com condições mínimas de segurança, higiene, conforto, assistência descentralizada (tais como CAPS, Hospital dia, Lares e pensões, Centro de Convivência, cooperativas, entre outros) e com garantia do direito de escolha ou participação na escolha do tipo de assistência que será prestada a este usuário e para tanto; uma figura jurídica que garanta e assegure a escuta e implementação dos direitos e a cidadania dos usuários; a garantia de que todo e qualquer tipo de internação*

*fosse comunicada à figura jurídica responsável, no prazo de até 48 horas; incentivo à organização de associações ou grupos de usuários, familiares, grupos de trabalho com a finalidade de se combater o preconceito em torno da loucura; a garantia do acesso gratuito às medicações e aos meios de transporte livre de discriminação e preconceito; a necessidade da assistência às crianças e adolescentes em espaços próprios pela garantia do ECA, bem como a de alcoolistas, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência e de HIV positivo, etc.*

Sobre as práticas e os tratamentos dentro da nova visão de assistência, foram elencados: *triagem realizada através avaliação Psiquiátrica, Psicológica, Médico-Clínica e Social garantindo a integralidade do sujeito; a proibição ações violentas e de tortura afirmadas como “terapêuticas” (Psicocirurgia - cirurgia feita no cérebro com intenção de modificar o comportamento; Insulinoterapia - dose maciça de insulina com efeito semelhante ao choque no cérebro; Esterilização involuntária - acabar com a possibilidade de procriação; ECT - Eletrochoque Terapia; Superdosagem de medicamentos de tipo DEPOT e “Sossega Leão”; Camisa de Força; Amarrar e Cela Forte), além da garantia de orientação, suporte e ou terapêutica para os familiares dos usuários e da participação nas decisões e fiscalização dos serviços e “direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos Serviços de Saúde Mental bem como à orientação e educação sexual e acesso a meios de contracepção (métodos para evitar a gravidez)”.*

Sobre os direitos dos usuário dos serviços de saúde mental: *Acesso às informações contidas no Prontuário; Aos Meios de Comunicação, tais como TV, Jornais, Rádios e Telefone; Sigilo e Inviolabilidade de Correspondência; Privacidade e Individualidade; Participar das decisões nos Serviços, nos Conselhos Populares, Conferências e Encontros de Saúde; A uma Representação legal e gratuita em caso de Incapacidade Civil; Acesso às informações dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares.*

Sobre os deveres dos usuários e familiares: *“na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares; o usuário deve ser responsável por seus atos e ações; o familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente”.*

#### 4.1.15. Resolução nº 93, de 2 de Dezembro – 1993

Esta resolução além de orientar para a criação de um sistema de referência e contrareferência que onde possa ser feito o encaminhamento do paciente após a alta para a dar prosseguimento ao tratamento, é um complemento, na verdade uma ampliação das atividades autorizadas nos serviços de “Hospital especializado em psiquiatria” bem como as orientações de como devem ser realizadas, a saber: *avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico breve, terapia ocupacional, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio-terapias); abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento; preparação do paciente para a alta-hospitalar, garantindo sua preferência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações; essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivo e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família.*

#### *4.1.16 Portaria GM nº 1.720, de 4 de Outubro – 1994*

Documento que proclama a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental. O apoio e adesão à esse dia alusivo levou em consideração o Documento da Fundação da Federação Mundial de Saúde Mental (1948) e a Declaração Universal de Direitos Humanos (Nações Unidas, 1948) que estabelecem *a igualdade de tratamento às pessoas acometidas de algum transtorno mental, assim como todos os outros; o comprometimento dos Estados pertencentes às Nações Unidas em alcançar a meta traçada pela ONU da “saúde para todos”, até o ano 2000; o conceito ampliado de saúde e a designação do dia mundial da saúde pela Federação Mundial de Saúde Mental como copatrocinio da Organização Mundial da Saúde para fins de: conseguir que se respeitem os direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais e emocionais; ampliar os programas de prevenção que buscam reduzir a ameaçados transtornos emocionais nos grupos vulneráveis; promover o fornecimento dos serviços terapêuticos necessários e apropriados aos que deles*

*necessitem; melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental em todo o mundo e; promover a saúde mental e emocional em todos os povos.*

#### *4.1.17 Lei Nº 9.867 de 10 de Novembro – 1999*

Documento que cria e estabelece normas de funcionamento das cooperativas sociais em virtude da integração social dos cidadãos. As cooperativas sociais – expressão obrigatória a ser aplicada como razão social, ficaram definidas como *organizações com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentando seno interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluiu entre suas atividades: a organização e gestão de serviços sócios sanitários e educativos; e o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e desserviços.*

Interessante pensar estas cooperativas, do ponto de vista social e também econômico, que a Política de Saúde Mental ao invés de aderir ao sistema de cotas e reservas de vagas preferiu buscar uma iniciativa que, com as parcerias necessárias, tornassem possíveis as experiência de geração de renda e trabalho como um fator de reabilitação social da pessoa com sofrimento ou transtorno mental.

#### *4.1.18 Resolução nº 298, de 2 de Dezembro – 1999*

Com a justificativa epidemiológica dos transtornos mentais, a perda da dignidade dos mesmos causadas principalmente pela discriminação a estes, e portanto a necessidade de que seus direitos fossem protegidos e garantidos (de acordo com as orientações da “Carta de Princípios e Direitos de Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais da ONU, de 1991”) e a necessidade de construir uma rede de assistência acessível, resolutiva e integralizada, este documento cria e dá orientações para a constituição da **Comissão de Saúde Mental**.

*O objetivo desta comissão seria a de participação e assessoramento na realização das plenárias das CNS para a formulação de políticas na área de saúde mental, composta por: um coordenador com a função de conselheiro, indicado pelo Plenário do Conselho Nacional e Saúde; Um(a) Representante dos Usuários e/ou Familiares dos Serviços de Saúde; Um(a) Representante do Movimento de Luta Antimanicomial; Um(a) Representante da Associação Brasileira de Psiquiatria; Um(a) Representante do Fórum das Entidades Nacionais de*

Trabalhadores de Saúde; Um(a) Representante dos Prestadores Contratados; Um(a) Representante da Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça; Um(a) Representante do CONASSEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde); Um(a) Representante do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde); Um(a) Representante do Ministério da Saúde; um representante permanente na função de assessor indicado pelas entidades de familiares dos usuários dos serviços de saúde e; membros titulares e suplentes de entidades e fóruns correspondentes.

#### *4.1.19 Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: “Uma amostra da realidade manicomial brasileira” – 2000*

Relatório das visitas realizadas pela I Caravana Nacional de Direitos Humanos em vinte instituições manicomiais de sete estados brasileiro de norte ao sul. A realidade manicomial do país, encontrada e descrita neste relatório foram estas: clínicas psiquiátricas realizando neurocirurgias, psiquiatria praticada hegemonicamente na cidade, violações dos Direitos Humanos dos pacientes, modelo tradicional de isolamento, pacientes fechados em celas à chave, inexistência de espaços aberto ou mau aproveitamento dos espaços abertos, muitas vezes cercados por tela, mortes por contenções mecânicas no leito, uma quantidade significativa de leitos conveniados ao SUS, entre outros agravos e violações dos direitos dos portadores de transtornos mentais bem como a manutenção das práticas manicomiais, segregacionistas e institucionalizadora.

Após as visitas, a comissão elaborou as seguintes recomendações ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público: Posicionamento do Ministério da Saúde de forma pública em favor da Reforma psiquiátrica bem como realizar todos os esforços para a aprovação da lei da Reforma psiquiátrica no presente ano; a convocação da III CNSM; a realização de auditorias nas clínicas e hospitais psiquiátricos do Brasil; que o Ministério da Saúde desestimulasse as internações psiquiátricas consideradas abusivas quando da remuneração de serviços em saúde mental que mantinham este tipo de conduta manicomial; que fosse criado uma política de auxílio aos familiares comprovadamente carentes mas sempre com acompanhamento desta família a fim de esclarecer seu papel social e proporcionando cuidado efetivo aos sujeitos; o fortalecimento dos NAPS e CAPS; a restrição ao máximo da eletroconvulsoterapia (ECT); o combate ao preconceitos desmitificando a periculosidade e incapacidade civil dos portadores de transtornos mentais; a transferência de drogaditos e alcoolistas para serviços não

psiquiátricos; a proibição de neurocirurgia e ; que fosse realizado um relatório preciso sobre a realidade dos manicômios judiciais brasileiros.

Assinaram o relatório: Deputado Marcos Rolim (PT/RS) - Presidente da Comissão de Direitos Humanos; Deputado Fernando Gabeira (PV/RJ) - Membro da Comissão de Direitos Humanos; Deputado Paulo Delgado (PT/ MG) - Autor do projeto original da Lei da Reforma Psiquiátrica; Deputado Dr. Rosinha (PT/PR) - Autor da Lei Paranaense de Reforma Psiquiátrica.

#### *4.1.20 Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro – 2000*

Um dos principais objetivos deste documento que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) visa a eficaz assistência, reabilitação psicossocial e reinserção comunitária, bem como a redução das internações prolongadas em hospitais psiquiátricos. Este serviços são descritos como *“moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”*.

Para cada transferência de um paciente a uma SRT, um número relativo de leitos à esta, em hospital psiquiátrico, deveria ser descredenciado. Um incentivo à desospitalização e à extinção de serviços de internação de longa permanência. As SRT's deveriam ser de natureza pública, territorial tanto a nível de localização quanto à nível de assistência necessária de outro serviços suporte, ter um estrutura física tanto fora dos hospitais quanto diferentes dos moldes hospitalares, no modelo de casas com dormitórios, copa, cozinha, banheiros. Além disso devem contar com serviço ambulatorial de referência que sejam constituídos de no mínimo 01 (um) profissional médico e 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

#### *4.1.21 Portaria GM nº 799, de 19 de Julho – 2000*

Documento referente à Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do Continente - Organização Pan-Americana de Saúde em comprometimento com ações em apoio à abolição do modelo hospitalocêntrico no atendimento em saúde mental, instituíram no SUS o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações

Assistenciais em Saúde Mental”; a estruturação de um Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e a designação dos membros que dela farão parte; determinaram que a constatação de irregularidades ou do não cumprimento das normas vigentes implicaria em instauração e processo e denúncia ao Ministério Público.

#### *4.1.22 Relatório Final Da XX Conferência Nacional de Saúde – 2000*

Com o tema “*Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*”, esse documento inicia falando sobre os avanços do processo de construção do SUS, em 14 anos após a 8ª CNS, principalmente no que diz respeito à conquista da garantia legal. A partir disto, os objetivos passaram a ser a descentralização dos serviços em cada esfera de governo, a fim de garantir a equidade e resolutividade das ações do SUS, pois apesar de ter acontecido em algumas regiões, ainda era insuficiente o que causava um enfraquecimento nas regiões metropolitanas e cidades de maior porte.

Segundo o relatório, o modelo político e econômico neoliberal no Brasil ainda era excludente e não era coerente com a proposta de modelo de assistência do SUS. Com o aumento da fome, das desigualdades sociais e dos gastos excessivos dos recursos financeiros pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso essas condições foram entendidas como produtora das doenças típicas das sociedades modernas que somadas as doenças produzidas pela pobreza e o subdesenvolvimento.

O serviço de saúde no Brasil ainda era inadequado, desigual, desumanizada, assistencialista, não resolutiva, “medicalocêntrico” (tanto à nível assistencial quanto à nível de organização de trabalho), por vezes obsoletos e focados na doença e na cura (quando se pregava a promoção e prevenção na saúde), e não garantiam o atendimento integral do paciente e nem os seus direitos, além dos problemas relacionados aos trabalhadores em si como precárias condições de trabalho, baixos salários, desarticulação da classe entre outros.

Dentre os serviços que ainda eram inexistentes ou de forma precária em algumas regiões estava a assistência em saúde mental, além da grave subutilização do PSF pois ainda mantém o modelo assistencialista de saúde visando apenas a recuperação e cada vez mais afastado da comunidade e da denúncia de que a mídia continuava a reforçar um modelo de saúde centrado no hospital.

O Ministério Público ainda atrelado ao poder Executivo assume um papel também figurativo além de se mostrar convivente com os problemas de saúde, não implementa as

políticas necessária deliberadas nas conferências de saúde e assim, mantem a população alienada do seu papel garantidor de direitos. Assim, o controle social não encontrava seu espaço ou eram pouco acessíveis.

Ainda no relatório, apareceram questões como: a urgência do repasse fundo a fundo dos recursos e o acompanhamento desse processo pelos Conselhos de Saúde; a garantia de medicamentos à população feita pelo SUS além da priorização da implantação das farmácias populares e a utilização de medicamentos genéricos; a revisão e a integração das políticas sociais para idosos, a população negra, a saúde mental, entre outros; a necessidade de se considerar a violência como um problema de saúde pública e a criação de estratégias de prevenção e pesquisa sobre os efeitos da violência.

Com relação à **saúde mental**, o relatório desde o início demonstrou apoio à Reforma Psiquiátrica, em relação a reorganização ao modelo de assistência, repúdio ao modelo manicomial, a implementação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica; o repasse de recursos necessário para que os serviços substitutivos fossem implantados, bem como uma política que garantisse o suporte terapêutico tanto para os usuários quanto para seus familiares.

Também ao cumprimento das portarias nº 224/92 e 106/00 e que cada município tenha pelo menos uma equipe mínima de saúde mental; a criação de políticas e serviços que assistissem a população infanto-juvenil bem como a incorporação na rede de assistência dos portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de droga, na perspectiva da redução de danos ; a criação dos serviços Residenciais Terapêuticos Estender o atendimento psicossocial para todas as regiões do País, garantindo a construção das Residências Terapêuticas; adotar a assistência dos portadores de sofrimento psíquico em hospitais gerais com emergências e enfermarias bem como a articulação da continuidade do seu tratamento nos serviços; a importância de se implementar a educação permanente na área de saúde mental e proporcionar a capacitação dos trabalhadores da área adaptada ao novo modelo de assistência.

Uma questão interessante nesse relatório foi a preocupação em se inverter a imagem negativa do SUS, através de estratégias principalmente viáveis pelos meios de comunicação com o *slogan* “O melhor plano de saúde ao alcance do cidadão”.

#### *4.1.23 Relatório Mundial sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental – 2001*

Com o tema “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, o relatório trouxe para discussão a importância de se falar em saúde e saúde mental, essa que há muito era negligenciada. Orienta a importância de se compreender a doença mental como causada por multifatores (culturais, sociais, históricos, ambientais...) assim como as doenças físicas também como possíveis causadoras de alguns transtornos mentais.

O relatório trouxe os seguintes eixos para discussão:

### ***A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública***

Avanços na neurociência; avanços na medicina do comportamento; o peso dos transtornos mentais e comportamentais; transtornos observados no contexto da atenção primária de saúde; impacto dos transtornos nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades; impacto na qualidade da vida tanto dos pacientes quanto de suas famílias; determinantes dos transtornos mentais e comportamentais (pobreza, as diferenças sexuais, que hoje trataríamos como gêneros, conflitos e; desastres.

### ***A resolução de problemas de saúde mental***

Os princípios da atenção em saúde mental; continuidade da atenção; ampla gama de serviços; parcerias com pacientes e famílias; envolvimento da comunidade local; integração na atenção primária de saúde; farmacoterapia; psicoterapia; reabilitação social; reabilitação profissional e emprego e; habitação.

### ***Política e Provisão de Serviços de Saúde Mental***

A formulação da política de saúde mental; respeito aos direitos humanos; legislação sobre saúde mental; a provisão de serviços; remoção da atenção dos grandes hospitais psiquiátricos e; integração da atenção em saúde mental nos serviços gerais de saúde.

#### ***4.1.24 Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001***

Enfim, chegamos na lei da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Paulo Delgado ou simplesmente a Lei nº 10.216/01, aprovada ainda no governo FHC.

É o documento que além de responsabilizar o Estado pelo cumprimento efetivo da política de saúde mental e a garantia da participação social nas discussões sobre essa, também concede a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento e transtornos mentais com a garantia de que todos sejam tratados de forma igual quanto à gênero, raça, religião, política entre outros; para que todo o tipo de tratamento não seja causa de exploração ou abuso; a reinserção do usuário na família, trabalho e comunidade;

Orienta para que os usuários e familiares sejam sempre informados dos direitos concernente a essa legislação e dá novas diretrizes para o modelo de assistência em saúde mental: extra-hospitalar, de base comunitária (preferencialmente serem assistidos nestes serviços) e territorial; que tenham livre acesso a todos os meios de comunicação disponíveis; serem tratados em ambientes terapêuticos e os menos invasivos possíveis (garantindo sua integridade física e moral)

No entanto, mesmo após 30 anos de história da luta do movimento antimanicomial pela reestruturação da assistência e o fomento da construção de uma política baseada nos princípios da reforma sanitária e do SUS, essa legislação embora apresente respostas efetivas ao clamor do movimento da reforma psiquiátrica (e tem-se que admitir que foi uma das maiores conquistas do MLA), ela ainda traz resquícios de um movimento contrário a ela.

A começar pelo tempo em que ela ficou “engavetada” desde o seu projeto, de 89. Após 12 anos ela foi aprovada com muitos vetos e aprovada com algumas diretrizes que ainda hoje causam dúvidas em relação a causa antimanicomial e, mais grave, dá brechas para que algumas práticas manicomiais sejam mantidas e legalmente realizadas.

A Lei orienta para a gradual extinção dos hospitais psiquiátricos, afirma que as internações (qualquer dos três tipos) só poderão ser realizadas quando todos os outros serviços extra hospitalares da rede se mostrarem insuficientes e mediante laudo médico esclarecendo as razões da internação, que o usuário deve ter a garantia da presença de um médico que esclareça o a necessidade de sua internação involuntária e que este tipo de tratamento deve ser estruturado fora das características asilares (nos molde manicomiais) e com equipe multiprofissional visando a assistência integral do usuário. No entanto, manteve no rol dos procedimentos possíveis a internação compulsória juntamente com as internações voluntárias e involuntárias.

A internação psiquiátrica voluntária se caracteriza pelo consentimento do usuário, devendo o usuário assinar uma declaração comprovando o consentimento do procedimento e, da mesma forma, o termino da sua internação poderá ser solicitada pelo próprio paciente ou por determinação do médico da equipe que lhe assiste.

A internação involuntária psiquiátrica caracteriza-se pelo procedimento sem o consentimento do usuário mas a pedido de terceiro (solicitação por escrito de um familiar ou responsável legal), e assim como na internação voluntária, mediante autorização do médico legalmente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do território. Também deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual em no máximo 72 horas bem como do seu término, pelo técnico responsável pelo serviço no qual a internação ocorreu. Importante dizer que compete a quem realizar o pedido da internação que garanta o direito do usuário de ser protegido contra qualquer ato inseguro à sua dignidade.

A internação compulsória caracteriza-se por se uma decisão da justiça. O juiz responsável deverá levar em conta as condições de segurança do serviço pra aonde o usuário está sendo enviado, garantindo seus direitos e sua cidadania bem como a dos demais internos e dos funcionários.

Outras providências dessa legislação incluem a obrigatoriedade da comunicação em um prazo de 24h à autoridade responsável os casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento do interno; a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente com histórico de longa internação ou com grave dependência institucional pelo seu quadro clínico ou por ausência de suporte social ou familiar e; o incentivo às pesquisas científicas para fins de diagnósticos e de terapêuticas desde que realizadas com o consentimento expresso do paciente ou do seu representante legal e com a comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

## 5. TECENDO OS ACORDOS E AS CONTROVÉRSIAS

Como dissemos anteriormente, a categoria desinstitucionalização, que foi ponto de partida desta pesquisa, foi superada por outras categorias que não só enriqueceram as discussões pedindo voz como também mobilizaram o estudo de tal maneira que neste último ponto tentaremos recomeçar – sem no entanto finalizar, o entrelaçamento dos fios da rede.

Descrevemos separadamente cada documento, como se fossem fios individualizados e paralelos e esse processo foi importante para “desenrolar” a trama que nos propusemos compreender sobre o nosso problema de pesquisa: como a lei da reforma psiquiátrica brasileira pode ser tão potente e tão controversa?

Porém essa compreensão torna-se no mínimo difícil se permanecermos com ela disposta fio a fio: fios que estavam visíveis aos nossos olhos e fios que só apareceram e alcançamos quando seguindo os que estavam visíveis começaram a dar espaço para os que estavam encobertos. E, se pelo olhar da TAR a realidade é construída e reconstruída o tempo todo, a rede é um efeito da aliança entre atores e por este motivo os atores não podem ser estudados individualmente pois estão enredados e nossa obrigação é reuni-los novamente.

Ao passo que descrevemos, já iniciamos as análises como puderem observar na seção anterior. De maneira geral o que ficou claro para a gente é que de fato a rede enquanto categoria conceitual funciona sim e como um híbrido claramente resultado das vinculações entre humanos e documentos (não humanos).

Em nossa análise, alguns acordos instituídos foram fundamentais na construção da lei da reforma psiquiátrica brasileira iniciada em 1989, engavetada por 12 anos e aprovada no ano de 2010, a saber: *a luta pela transformação da legislação em saúde bem como a reestruturação da assistência; obrigatoriedade do cumprimento das orientações do SUS; a luta pela não privatização e pelo não ao retorno do privado em detrimento do público; valorização dos trabalhadores, usuários, família e movimentos sociais e da comunidade como atores fundamentais na mudança; combate ao preconceito, à medicalização, à mercantilização da saúde; mudança do modelo higienista e hospitalocêntrico visando um modelo comunitário e de portas abertas; atos pela democracia em defesa dos direitos adquiridos e daqueles ainda negados; luta pela integralidade nos atendimentos em qualquer nível de atenção de saúde; luta pela desconstrução de ações e instituições manicomiais; a necessidade da descentralização do poder e municipalização para maior efetividade da assistência aos usuários; combate à valorização do hospital inclusive em relação aos financiamentos para que outros serviços públicos fossem financiados; criação das AIH*

*referente à curtos períodos de internação sem necessariamente aumentar a capacidade de internação hospitalar.*

Também identificamos *o incentivo às ações científicas de fomento de pesquisa e à nova assistência em saúde mental; valorização das categorias não médicas de profissionais; luta contra o abandono social; luta contra internações e terapêuticas invasivas; a necessidade de assegurar aos usuários os mesmos benefícios que aos deficientes físicos já haviam adquiridos; a obrigatoriedade de que as legislações criassem e cumprissem direitos civis e cidadania como garantia da nova assistência; a necessidade de revisão de textos constitucionais com relação ao tratamento e as contradições nos textos (usuário, pessoa em sofrimento mental, doente mental, loucos de toda espécie...); a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos; a necessidade de revisão dos termos periculosidade e imputabilidade nos códigos penal, civil e trabalhistas; a descriminalização dos “drogaditos”; incentivo às cooperativas sociais em detrimento da política de cotas; a luta contra a “despersonalização” (assujeitamento) dos usuários entre outros.*

Entendemos que a construção de uma política pública e suas ações, como as leis, envolve diversos atores e interesses e esta é uma das razões pelas quais devemos sempre nos questionar não apenas sobre os acordos mas ampliar a visão também para possíveis controvérsias. É um trabalho de coletivos sociais (humanos e não humanos) e portanto dizem muitos sobre os regimes de (r)existência política nos quais os documentos circulam como agente propondo, configurando processos.

Sem dúvida o que nos chama a atenção na Lei nº 10.216/01 é *a obrigatoriedade de se manter determinadas orientações na legislação para que esta fosse aprovada, como a internação compulsória, mesmo depois de tantos pedidos pela exclusão desta.*

Como vimos, as internações somente devem ser feitas em último caso e portanto ainda fazem parte dos dispositivos de assistência em saúde mental. No entanto, estas precedem de um ato médico e não de uma equipe multiprofissional e uma das lutas dos movimentos pelas reformas – sanitária e psiquiátrica, era justamente a da valorização do corpo técnico como um todo.

Não estamos aqui problematizando o fazer médico, uma das razões pelas quais a decisão é do profissional médico pela necessidade de se atribuir um Código Internacional de Doenças (CID) obrigatórias no preenchimento das AIH's porém este ato não é de exclusividade médica, como bem expõe o Conselho Federal de Psicologia (CFP) na resolução

CFP Nº 015/1996<sup>1</sup>: “Parágrafo Único - Fica facultado ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças - CID, ou outros Códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento de diagnóstico.”

Mas para nós a principal controvérsia da lei da reforma psiquiátrica é a possibilidade da internação compulsória. Primeiro porque a internação compulsória pressupõe a um ato avesso ao desejo do usuário, e então há de se perguntar onde aqui cabe o direito e a proteção deste, instituída pela lei? Segundo porque este tipo de internação necessita da figura do judiciário para que ela possa ser conduzida, e aí perguntamos: que crime que este usuário cometeu para que fosse privado de sua liberdade? Aqui não se configura um aviltamento ao seu direito constitucional à liberdade, à segurança, à saúde...? Um claro exemplo do movimento de judicialização da saúde mental.

Em terceiro e último lugar, fica a reflexão sobre um possível retorno de uma política higienista que não tempo por objetivo outro se não a segregação daqueles que de alguma forma causam impacto à imagem da sociedade – e há de se perguntar qual imagem... – em detrimento das ações de proteção e de promoção à saúde como propostas pelo SUS bem como a da manutenção da medicalização da vida.

Estas questões são, em nosso ponto de vista, efeitos das traduções, controvérsias e enredamento das articulações entre os *actantes*.

Nas relações complexas dos coletivos os documentos suplantaram o homem pois como híbridos mobilizaram a rede – e portanto a realidade, e provocaram novas possibilidades de *fazer* a rede na qual a lei da reforma foi construída foi construída. Como dissemos nos capítulos anteriores, ao nosso olhar a desinstitucionalização teve dois aspectos importante no percurso: o primeiro é que ela enquanto um ideal do movimento foi o ponto disparador para a organização e mobilização da reforma psiquiátrica, ou nas palavras da TAR, o ponto inicial ou o cenário em que algo é afirmado a partir disto seguem-se o que faz fazer.

O segundo ponto é que a desinstitucionalização enquanto conceito constituiu-se de um híbrido dentro da rede, visualizando os pontos que elencamos acima como *actantes* na construção da Lei da Reforma Psiquiátrica. E só percebemos isto quando deixamos o desejo de identificar e comprovar fatos e passamos a descrever o estado das coisas, percorrendo os documentos que tínhamos e seguindo os fatos aos quais fomos apresentados.

Neste sentido, até aquele nosso problema inicial e que deixamos de lado “porque efetivamente não se faz a desinstitucionalização?” parece ter sido minimamente respondido,

---

<sup>1</sup> Disponível em <http://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-15-1996/>. Acesso em 04 de outubro de 2016.

até aqui. Interessante é que não fizemos qualquer esforço para tentar responder a esta questão: ela saltou aos nossos olhos quando começamos a mobilizar a realidade nos documentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, analisamos os questionamentos através do “como”, ou seja, os pontos de tensão nos sugeriram os dados que, aos serem descritos, puderam subsidiar reflexões sobre o que “faz fazer” as associações dos atores para a rede. Utilizamos como caminho metodológico a Teoria ator-rede (TAR) de Bruno Latour, na qual a tarefa de estudo indica que, enquanto pesquisadores, devemos “seguir” os acontecimentos e desenhar as vinculações, os atrelamentos, as conexões entre os agentes que agem e que também fazem agir a outros.

Iniciamos tratando do histórico das resistências aos manicômios, pois era necessário entender como a desinstitucionalização, enquanto conceito e ação, era “aplicada” e identificamos as atitudes performáticas da rede enquanto uma categoria sociotécnica, construídas de acordo com as conveniências do contexto em que ela foi inserida.

Assim, fomos levados a percorrer pela psiquiatria preventiva e comunitária nos EUA, onde a proposta de reorganização da assistência em saúde mental foi uma resposta aos prejuízos causados pela construção desenfreada de hospitais psiquiátricos na década de 50 e portanto, da medicalização e psiquiatrização da sociedade, caracterizando, na verdade, mais um movimento de desospitalização e mudança na estrutura administrativa do que a desinstitucionalização propriamente dita. Na França, conhecemos a Psiquiatria De Setor, baseada nos modelos das comunidades terapêuticas e com a qual foram implantadas novas formas do fazer da psiquiatria e a Psicoterapia Institucional, uma abordagem da Psiquiatria de setor amplamente influenciada pela psicanálise e na qual a instituição era ao mesmo tempo problema e solução das questões do manicômio e que trouxe importantes pontos a serem praticados como a liberdade de circulação, a possibilidade de ambientes terapêuticos que não tradicionais, a importância do acolhimento, entre outros.

Na Psiquiatria Democrática italiana apreendemos um novo sentido do conceito de desinstitucionalização, proposto por Franco Basaglia, no qual pela primeira vez se colocou em questão verdadeiramente as práticas da medicina psiquiátrica enquanto ideologia, saber, e questionou as instituições, o corpo técnico, a doença mental como objeto da psiquiatria, a terapêutica do asilamento e do controle sociais do sujeito, e propôs o resgate da cidadania e o empoderamento social deste. E, por fim, iniciamos um percurso pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual foi fortemente influenciada pelas teorias e práticas basaglianas, as quais deram base para a construção tanto da Lei nº 10.216/01, como também da Política Nacional de Saúde Mental brasileira.

Tentamos através dos documentos selecionados construir um caminho que nos parecesse coerente para seguir a construção da lei da reforma psiquiátrica brasileira, partindo do ponto que tínhamos conhecimento de que todo o movimento da luta antimanicomial pela reforma psiquiátrica começou a ser articulado dentro de um contexto importante na história da saúde (e também do social) no Brasil, que foi a reforma sanitária, afinal esta pesquisa trabalhou dentro da ótica da Psicologia Social Latouriana e, aqui, o social é sempre construído e reconstruído, é dinâmico e em sua composição sempre há novos *actantes* humanos e não humanos, produzindo fatos e sendo incorporados.

Aprendemos a seguir a rede e ao passo que descrevíamos um documento, tentamos participar de alguma forma das relações que iam sendo identificadas. Dar visibilidade a estes documentos nos ajudou a compreender que os *actantes* não só falam, como também são performáticos e, por esta razão de não seguir rigidamente um padrão de ideia pré-concebida, deixamos livres as associações e conseguimos levantar algumas questões sobre os acordos e controvérsias na lei da reforma psiquiátrica, nosso objeto de estudo.

A cenarização, a partir das descrições dos documentos, ficou mais acessível a compressão das performances que a rede ia arranjando e cedendo materiais sociais para a construção da lei. Foram estas que nos auxiliaram a visualizar tanto os acordos, como também as controvérsias de uma lei que julgamos de extrema potência e importância, e que como rede composta de humanos e não-humanos são dinâmicas, plurais, se deslocam e são traduzidas.

Não almejamos esgotar as discussões sobre os avanços, os retrocessos, os desafios e as perspectivas da Reforma psiquiátrica brasileira com este estudo, mas julgamos de extrema relevância para a sociedade técnica, acadêmica, militante e simpatizante da causa da Luta Antimanicomial apresentar as questões que trouxemos, principalmente pelos atentados às conquistas da luta manicomial e também aos princípios da Reforma Psiquiátrica de do SUS.

Destacamos aqui alguns destes atentados: o retorno das comunidades terapêuticas fora dos padrões propostos pela Reforma, as ações higienistas e segregadoras aplicadas recentemente aos usuários de crack e outras drogas, a nomeação de alguém com histórico de posturas manicomiais ao cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental, a tentativa de desmantelamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), o lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), o retorno da discussão pela aprovação do Ato Médico, a judicialização da saúde mental como o financiamento do Ministério da justiça à permanência das comunidades terapêuticas, a resistência do atendimento à crise nos CAPS III, entre outros muitos.

Para finalizar, mas não para concluir, deixamos aqui uma reflexão de Latour (2013) que em poucas palavras traduz todo o trabalho deste estudo e o desejo que fica de que ele possa ser semente para futuras pesquisas: *“Qualquer que seja a etiqueta, a questão é sempre a de reatar o nó górdio atravessando, tantas vezes forem necessárias, o corte que separa os conhecimentos exatos e o exercício do poder, digamos a natureza e a cultura. Nós mesmos somos híbridos, instalados precariamente no interior das instituições científicas [...] optamos por descrever as tramas onde quer que estas nos levem [...] Mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade, a rede é o fio de Ariadne destas histórias confusas.”*

Sigamos a travessia. (R) existamos!

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. In: \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010. 4ª reimpressão. p. 13-26

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010. 4ª reimpressão. p. 65-106.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 635-655.

ARENDT, Ronald João Jacques. **Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria do ator-rede** In: **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. ?, p. 7-11, 2008  
Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 fev 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400003>

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1980.

\_\_\_\_\_. As instituições da violência. In: \_\_\_\_\_. (Coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. pp. 35-59

BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir Freira. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: CARVALHO, Paulo Amarante Duarte de. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. Pp. 41-72

BONAMIGO, Irme Salete. A teoria Ator-Rede como dispositivos teórico-metodológico de análise da produção de violências na contemporaneidade. In: FERREIRA, Arthur Arruda Leal (org). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. Rio de Janeiro: Nau, 2010. pp. 164-179.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 224/MS de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em:  
<<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acessado em 20 janeiro

2015.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 02 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em 02 dez. 2014

\_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Boletim do nº01/03. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela vida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Vol. 4.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em 02 jul. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2015

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 05 de jan. 2014.

CORDEIRO, Mariana Prioli. **Psicologia social ou psicologia das associações? A perspectiva latouriana de sociedade.** In: *Psico*. Porto Alegre, PUCRS. Jul/set 2010.

V. 41, n. 3. p. 303-309. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8160/5850>>. Acesso em 05 de janeiro de 2015.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro, 2 ed, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 323-363,.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979-2011, p. 99-112.

\_\_\_\_\_. A grande internação. In: FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. p. 45-78.

JONES, Maxell. **A comunidade terapêutica**. Rio de Janeiro: Petrópolis, Editora Vozes, 1972.

JORGE, Marco Aurelio Soares Jorge. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro : s. n., 1997. 111p.

LACAZ, Alessandra; PASSOS, Pâmella; LOUZADA, Williana. Pesquisadora ou militante? Análises do pesquisar (sobre)implicação. In: **Mnemosine**. Rio de Janeiro: RJ. UERJ, 2013. Vol.9, nº1, p. 212-223.

LATOUR, Bruno. Literatura. In: LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir dentistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000. Parte 1. Cap. 1. pp. 39-104

\_\_\_\_\_. Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). In: **cadernos de campo**, São Paulo, n. 14/15, p. 1-382, 2006

\_\_\_\_\_. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. pp. 20-30.

LOUGON, Maurício. Biomedicina e Psiquiatria. In: \_\_\_\_\_. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006. p. 127-136

MELO, Maria de Fátima Aranha de Queiroz e. Seguindo Pipas com a metodologia da TAR. In: **Revista do Departamento de Psicologia**. Universidade Federal Fluminense: RJ, v. 19, n. 1, p. 169-186. Jan./Jun.2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n1/13.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. Mas de Onde vem o Latour? In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais 2(2)**, São João Del-Rei, fev. 2008. Disponível em <[http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/queiroz\\_melo\\_artigo.doc](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/queiroz_melo_artigo.doc)>. Acesso em 07 de janeiro de 2015.

OLIVEIRA, Carla Luiza. Influência Italiana na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **I Encontro De Pesquisadores Em História Da Saúde Mental**, 1, 2011. Trindade, Florianópolis. Anais... Florianópolis. Letra editorial, 2011. P. 13-18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2013

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEDRO, Rosa. Sobre redes e controvérsias: ferramenta para compor cartografias psicossociais. In: FERREIRA, Arthur Arruda Leal (org). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. Rio de Janeiro: Nau, 2010. p. 78- 96.

RODRIGUES, C. R. F. Do programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo. Editora HUCITEC, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo. Editora HUCITEC, 1990. p. 89-99

RUIZ, Valéria Salek et al. François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. In: **Estudos e pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 855-877, 2013.

SANTOS, Cinthia de Castro. **Os meus, os seus... e os nossos? Análise sobre o papel de um Centro de Atenção Psicossocial no Apoio Matricial à atenção básica no município de Belém-PA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental) – Universidade do Estado do Pará e

Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Belém, Pará, 2014. 113f.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. Do manicômio para o CAPS: notas sobre o percurso da assistência psiquiátrica no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **As representações sociais da reabilitação psicossocial**: um estudo sobre o CAPS. Curitiba: Juruá, 2010.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary. Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Biblioteca virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas sociais, 2013. Disponível em: [www.bvce.org](http://www.bvce.org).

SPINK, Peter. et al. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPNIK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO; CORDEIRO (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014. p. 208 – 228.

TSALLIS, Aexandra Cleopatra; RIZO, Gabriela. Teoria Ator-Rede: um olhar sobre o trabalho de campo em psicologia. In: FERREIRA, Arthur Arruda Leal (org). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. Rio de Janeiro: Nau, 2010. p. 222-232.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios Políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: \_\_\_\_\_. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

YASUI, Silvio. Movimento Social e política pública. In: YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 25-74.

**ANEXO A- LEI 180 DE 13 DE MAIO DE 1978 (LEI BASAGLIA)**

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

**ARTIGO 1****Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios**

§1 Os controles e os tratamentos são voluntários.

§2 Nos casos desta lei e naqueles expressamente previstos por leis do Estado, podem ser dispostos pela autoridade controles e tratamentos sanitários obrigatórios (TSOs), respeitando-se a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de tratamento.

§3 Os controles e os TSOs a cargo do Estado e das instituições públicas são efetuadas pelos órgãos sanitários públicos territoriais e, nos casos de necessidade de internação, nas estruturas hospitalares públicas ou conveniadas.

§4 Aquele que é submetido ao TSO tem o direito de, no decorrer do mesmo, se comunicar com quem julgar oportuno.

§5 Os controles e os TSOs citados nos parágrafos precedentes devem ser acompanhadas de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem é a estes submetido.

§6 Os controles e os TSOs são estabelecidos por decreto do prefeito, na sua qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um médico.

**ARTIGO 2****Controles e TSOs para doença mental**

§1 As medidas citadas no 2º parágrafo do artigo precedente podem ser estabelecidas para as pessoas acometidas de doenças mentais.

§2 Nos casos mencionados no parágrafo precedente, a proposta de TSO pode prever que os cuidados sejam prestados em regime de internação hospitalar somente se exibirem alterações psíquicas tais que requeiram intervenções terapêuticas urgentes, se as medidas não forem aceitas pelo enfermo e se não existirem as condições e as circunstâncias que permitam adotar medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e apropriadas.

§3 O decreto que determina o TSO em regime de internação hospitalar deve ser precedido da ratificação do parecer citado no último parágrafo do artigo 1, por parte de um médico da estrutura sanitária pública, e deve ser justificado segundo o que está previsto no parágrafo precedente.

### **ARTIGO 3**

#### **Procedimento relativo aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental**

§1 O decreto citado no artigo 2, com o qual o Prefeito determina o TSO em regime de internação

hospitalar, acompanhado do parecer médico referido no último parágrafo do artigo 1 e da ratificação citada no último parágrafo do artigo 2, dever ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal.

§2 O juiz tutelar, dentro das sucessivas 48 horas, obtidas as informações e determinados os eventuais controles, dispõe com decreto motivado a ratificar ou não a medida, comunicando-a ao prefeito. Em caso de decisão contrária à ratificação, o prefeito determina a suspensão do TSO em regime de internação hospitalar.

§3 Se a medida citada no 1º parágrafo do presente artigo for estabelecida pelo prefeito de uma cidade diversa daquela de residência do enfermo, o prefeito desta última é comunicado. Se a disposição referida no 1º parágrafo deste artigo for adotada em relação a cidadãos estrangeiros ou apátridas, o Ministério do interior e o consulado competente serão comunicados.

§4 Nos casos em que o TSO deva continuar por mais de 7 dias, o médico responsável pelo serviço psiquiátrico mencionado no artigo 6 é obrigado a formular, em tempo hábil, um parecer ao prefeito que determinou a internação, que o comunica ao juiz tutelar, de acordo com o 1º e 2º parágrafos deste artigo, indicando a ulterior duração presumível do tratamento.

§5 O médico citado no parágrafo precedente é obrigado a comunicar ao prefeito, tanto no caso de alta quanto no caso da continuidade da internação, a cessação das condições que requeiram a obrigatoriedade do tratamento sanitário, comunica, além disso, a eventual impossibilidade de prosseguimento do próprio tratamento. O prefeito, no prazo de 48 horas a partir do recebimento da comunicação do médico, deve comunicá-la ao juiz tutelar.

§6 Sempre que for necessário, o juiz tutelar adotará as providências urgentes que possam ser indispensáveis para conservar e administrar o patrimônio do doente.

§7 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos 1º, 4º e 5º deste artigo determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, salvo se não subsistirem os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

### **ARTIGO 4**

#### **Revogação e modificação**

§1 Qualquer um pode encaminhar ao prefeito pedido de revogação ou modificação da medida através da qual foi determinado ou prolongado o TSO.

§2 A partir dos pedidos de revogação ou modificação o prefeito decide no prazo de dez dias. As medidas de revogação ou modificação são adotadas com o mesmo procedimento da medida original.

## **ARTIGO 5**

### **Tutela Jurisdicional**

§1 Quem é submetido ao TSO, ou qualquer pessoa que tenha interesse, pode propor ao tribunal competente da comarca um recurso contra a medida ratificada pelo juiz tutelar.

§2 Dentro do limite de 30 dias, a partir do encerramento do prazo mencionado no 2º parágrafo do artigo 3, o prefeito pode interpor recurso contra decisão desfavorável ao decreto que determina o TSO.

§3 No processo diante do tribunal as partes podem estar em juízo sem defensor e podem se fazer representar por pessoa munida de mandato escrito no próprio recurso ou em ato separado. O recurso pode ser apresentado ao tribunal mediante carta registrada com aviso de recebimento.

§4 O presidente do tribunal fixa a audiência de comparecimento das partes com decreto no próprio recurso que é notificado às partes, bem como ao Ministério Público, sob responsabilidade do escrivão.

§5 O presidente do tribunal uma vez obtida a medida que determinou o TSO e depois de ouvir o Ministério Público, pode suspender o tratamento em questão, antes mesmo que se dê a audiência de comparecimento.

§6 A respeito do pedido de suspensão, o presidente do tribunal decide no prazo de dez dias.

§7 O tribunal decide em Câmara de Conselho, depois de ter ouvido o Ministério Público, obtido informações e recolhido as provas constantes do processo ou pedidas pelas partes.

§8 Os recursos e os sucessivos procedimentos são isentos de taxas. A decisão do Processo não é sujeita a registro.

## **ARTIGO 6**

### **Modalidades relativas aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental**

§1 As intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relativas às doenças mentais são realizadas normalmente pelos serviços psiquiátricos extra-hospitalares.

§2 A partir da entrada em vigor desta lei, os tratamentos sanitários para doenças mentais que comportem a necessidade de internação hospitalar e que estejam a cargo do Estado ou de órgãos e instituições públicas, serão efetuados, com exceção do disposto no artigo 8, nos serviços psiquiátricos mencionados nos próximos parágrafos.

§3 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano, também com referência aos âmbitos territoriais previstos no 2º e 3º parágrafos do artigo 25 do decreto do Presidente da República, de 24/03/1977, n.616, determinarão os hospitais gerais nos quais em 60 dias a partir da entrada em vigor desta lei, deverão ser instituídos Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura.

§4 Os Serviços mencionados no 2º e 3º parágrafos deste artigo (que serão organizados segundo o que foi previsto pelo decreto do Presidente da República, de 27/03/1969, n. 128, para os serviços especiais obrigatórios nos hospitais gerais e que não deverão ser dotados de um número de leitos superior a 15), com a finalidade de garantir a continuidade da intervenção sanitária para a salvaguardar a saúde mental, serão orgânica e funcionalmente ligados, de forma departamental, aos outros serviços psiquiátricos existentes no território.

§5 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano deverão especificar as instituições particulares de internação e tratamento, dotadas dos requisitos prescritos, nas quais poderão ser realizadas tratamentos sanitários e voluntários em regime de internação.

§6 Em relação às exigências assistenciais, as províncias poderão estipular convênios com as instituições citadas no parágrafo precedente, em conformidade com o próximo artigo.

## **ARTIGO 7**

### **Transferência às regiões das funções concernentes à assistência hospitalar psiquiátrica**

§1 A partir da entrada em vigor da presente lei, as funções administrativas concernentes à assistência psiquiátrica em regime de internação hospitalar, já exercidas pelas províncias, serão transferidas, nos territórios de sua competência, às regiões ordinárias de estatuto especial. Mantém-se inalterada a atual competência das províncias autônomas de Trento e Bolzano.

§2 A Assistência hospitalar disciplinada pelos artigos 12 e 13 do decreto-lei de 08/07/1974, n.264, convertido com modificações na lei de 17/08/1974 n.386, compreende as internações hospitalares por alterações psíquicas. Mantém-se inalteradas até 31/12/1978 as disposições vigentes com referência à atribuição da despesa.

§3 A partir da entrada em vigor desta lei, as regiões exercerão, também em relação aos hospitais psiquiátricos, as funções que desenvolvem em relação aos outros hospitais.

§5 Até a data de entrada em vigor da reforma sanitária e, de qualquer modo, não além de 01/01/1979, as províncias continuarão a exercer as funções administrativas relativas à gestão dos hospitais psiquiátricos e a todas as outras funções referentes aos serviços de higiene mental.

§6 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano programarão e coordenarão a organização dos serviços psiquiátricos e de higiene mental com as outras estruturas sanitárias

operantes no território e realizarão a gradual superação dos hospitais psiquiátricos e a utilização diferente das estruturas existentes ou em vias de conclusão. Tais iniciativas não podem comportar maiores ônus para os orçamentos das administrações provinciais.

§7 É absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas.

§8 Aos hospitais psiquiátricos dependentes das administrações provinciais ou de outros órgãos públicos ou das instituições públicas de assistência e beneficência, aplicam-se as proibições mencionadas no artigo 6 do decreto –lei de 29/12/1977, n. 946, convertido com algumas modificações na lei de 27/02/1978 n° 43.

§9 Aos Serviços Psiquiátricos de Diagnostico e Cura dos hospitais gerais, mencionados no artigo 6, é destinado pessoal dos hospitais psiquiátricos públicos extra-hospitalares.

§10 As relações entre as províncias, as organizações hospitalares e as outras estruturas de internação e tratamento serão reguladas por acordos apropriados, em consonância com um modelo a se aprovar no prazo de 30 dias a partir da entrada em vigor desta lei, por decreto do Ministro da saúde, em conformidade com as regiões e a União das Províncias da Itália, e consultadas no que concerne aos problemas de pessoal, as organizações sindicais de classe mais representativas.

§11 O modelo de acordo deverá disciplinar, entre outras coisas, a ligação orgânica funcional citada no 4° parágrafo do artigo 6, as relações financeiras entre as províncias e as instituições de internação e a utilização do pessoal mencionado no 8° parágrafo deste artigo.

§12 A partir de 01/01/1979, por ocasião da renovação contratual, serão estabelecidas normas para a gradual homogeneização entre o tratamento econômico e os institutos normativos de caráter econômico das correspondentes categorias de pessoal das organizações hospitalares.

## **ARTIGO 8**

### **Enfermos já internados nos hospitais psiquiátricos**

§1 As normas mencionadas nesta lei aplicam-se também aos enfermos internados nos hospitais psiquiátricos no momento da sua entrada em vigor.

§2 O médico-chefe responsável, no prazo de 90 dias a partir da entrada em vigor desta lei, comunica ao prefeito das respectivas cidades de residência, com pareceres individuais, os nomes dos internos para os quais considera necessário o prosseguimento do TSO na própria estrutura de internação, indicando a duração presumível do mesmo. E', além disso, obrigado a tomar as providencias referidas no 5° parágrafo do artigo 3.

§3 O prefeito determina a medida do TSO em regime de internação hospitalar segundo as normas citadas no último parágrafo do artigo e a comunica ao juiz tutelar de acordo com o artigo 3.

§4 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos precedentes determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, a não ser que subsistam os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

§5 Tendo em conta o previsto no 5º parágrafo do artigo 7 e em provisória anulação ao disposto no 2º parágrafo do artigo 6, nos atuais hospitais psiquiátricos podem ser internados, sempre que a solicitarem, exclusivamente aqueles que já tenham sido internados anteriormente à data de entrada em vigor desta lei e que necessitem de tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar.

## **ARTIGO 9**

### **Atribuições do pessoal médico dos hospitais psiquiátricos**

Único. As atribuições em matéria sanitária do diretor, dos médicos-chefes, dos auxiliares e dos assistentes dos hospitais psiquiátricos são aqueles estabelecidos, respectivamente, nos artigos 4, 5 e 7 do decreto do Presidente da República 27/03/1969, nº 128.

## **ARTIGO 10**

### **Modificações no Código Penal**

§1 Na rubrica do livro III, título 1, Capítulo 1, seção III, parágrafo 6 do Código Penal, são suprimidas as palavras: “de alienados de mente”.

§2 Na rubrica do artigo 716 do Código Penal são suprimidas as palavras “de enfermos de mente ou”.

§3 No mesmo artigo suprime-se: “a um estabelecimento de tratamento ou”

## **ARTIGO 11**

### **Normas finais**

§1 São revogados os artigos 1, 2 e 3-bis da lei de 14/02/1904, n. 36, concernente às “Disposições sobre manicômios e alienados” e sucessivas modificações, o artigo 420 do Código Civil; os artigos 714, 715 e 717 do Código Penal; o n. 1 do artigo 2 e o artigo 3 do texto único das leis referentes às normas para disciplinar o eleitorado ativo, a capacidade e a revisão das listas eleitorais, aprovado com decreto do Presidente da República, de 20/03/1967, n. 223, bem como qualquer outra disposição incompatível com a presente lei.

§2 As disposições contidas nos artigos de 1 a 9 desta lei permanecem vigentes até a data de entrada em vigor da lei institutiva do serviço sanitário nacional.

§3 Até que não sejam tomadas as medidas no sentido de modificar, coordenar e reunir em um texto único as disposições vigentes em matéria de profilaxia internacional e de doenças infectocontagiosas, aí compreendidas as vacinações obrigatórias, são resguardadas, no que

concerne aos TSOs, as atribuições das autoridades militares, dos médicos de portos, aeroportos e fronteiras e comandantes de navios e aeronaves.

§4 A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no Diário Oficial da Republica.

§5 Esta lei, munida da chancela do estado, será inserida no Código Oficial das Leis e Decretos da República Italiana. É dever de todos cumpri-la e faze-la cumprir como lei de Estado.

## ANEXO B- DECRETO Nº 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1934,

Decreta:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal ;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2º Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos Juízes de Órfãos, o Juiz de Menores, o chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene, da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por este escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de Instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1º O presidente nato do Conselho é o ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2º Ao Conselho incumbirá:

I - Estudar as problemas sociais relacionados com proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que devam ser tomadas para benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido.

II - Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.

Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º deste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários

cuidados.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doentes com disturbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas secções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se. porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

*Parágrafo único.* Êsses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares deverão:

- a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispôr de pessoal idôneo moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;
- b) estar convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação dos sexos convenientes distribuição de acôrdo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre;
- c) dispôr dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

Art. 5º É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de doente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

Art. 6º Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

- a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º;
- b) declaração do número de doentes que poderá comportar; declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou mixto, e receberá sòmente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

§ 1º Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da comissão Inspetora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Governo, de acôrdo com a alínea b, dêste artigo.

§ 2º Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao ministro, devidamente informado pela Comissão Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acrescimento requerido.

§ 3º Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspetora o respectivo exame, quando entender conveniente.

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen, em abertos, fechados e mixtos.

§ 1º O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento mixto, destinar-se-á a receber:

- a) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem e requererem hospitalização.
- b) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;
- c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;
- d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

- a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;
- b) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

§ 3º Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em secções próprias, antes da internação definitiva.

Art. 8º Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11. A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial; a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.
- b)

§ 1º Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

Art. 12. Serão documentos exigidos para toda, internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, o certificado de idoneidade de internando.

§ 1º O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Secção da Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2º Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata êste artigo o médico que:

- a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social;
- b) requerer a internação;
- c) fôr parente consanguíneo ou afim em linha, reta ou colateral até o segundo grau, inclusive, do internando;
- d) fôr sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3º Êsses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a

contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4º Êsses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5º O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil, residência, e outros esclarecimentos que também possam servir para respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão de enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se, se o requerente apresentar: I, cópia legalizada dos documentos da primeira admissão; II, atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

*Parágrafo único.* Na falta dessa documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá êle ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

*Parágrafo único.* O certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Art. 15. Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspetora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por êle, responsáveis.

*Parágrafo único.* Neste registro a Comissão Inspetora consignará as observações que entender necessárias.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Art. 17. A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico da sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a fachada do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

*Parágrafo único.* Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará imediatamente um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou mixto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detido pelas autoridades policiais ou militares e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sobre a retirada do paciente.

Art. 21. Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) pela pessoa que pediu a internação;
- b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;
- c) por curador ou tutor.

§ 1º O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2º Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão inspetora para decidir.

§ 3º Quando for recusada a retirada, o diretor do, estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4º Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Art. 22. O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopáta, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se for requerida.

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

- I - Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;
- II - Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;
- III - Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;
- IV - Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua

predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2º Quer a licença requerida, quer a de experiência dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3º Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

Art. 23. Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias da sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

Art. 24. O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou mixto, enviará mensalmente à Comissão Inspectora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25. O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1º Para segurança dessas finalidades, o Govêrno providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do territorio nacional, e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuro-mental do requerente.

§ 2º Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acôrdo com os govêrnos dos respectivos países de origem. DA PROTEÇÃO Á PESSÔA E BENS DOS PSICOPATAS Art. 26. Os Psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em fôrma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil

*Parágrafo único.* Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.

Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§ 1º O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até o 90º dia de internação, nenhum ato de administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com a prévia autorização judicial, quando fôr necessária.

§ 2º Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da

interdição imediata com a conseqüente curatela.

§ 3º Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatòriamente pelo Ministério Público, se dentro de, 15 dias não o fôr pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.

§ 4º As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

Art. 28. Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável tendo sempre em vista a natureza e extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1º O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas trimestralmente, sob pena de destituição ex-officio, à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sôbre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

§ 2º A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3º No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que, decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim, a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§ 4º De decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

Art. 29. Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos e que não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela secção de Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental.

Art. 30. Será sempre permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar e quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31. A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a faze-lo seguir a seu destino sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

Art. 32. Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos d presente decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída do Distrito Federal uma Comissão Inspetora, composta de um juiz de direito, que será o seu presidente, de um dos curadores de órfãos e de um

psiquiátrica do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.

§ 1º Junto à Comissão Inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2º Nos Estados a Comissão Inspetora é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Governo do Estado.

§ 3º Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de 200\$000 a 2:000\$000, imposta pela Comissão Inspetora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4º No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspetora.

§ 5º Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da União.

Art. 33. Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, êsse fato à Comissão Inspetora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquêlo patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Art. 34. Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934, 113º da Independência e 46º da República.

GETÚLIO VARGAS  
Washington Ferreira Pires  
Francisco Antunes Maciel

**ANEXO C – PROJETO Nº 3.657, DE 1989 (Do Sr. Paulo Delgado)**

*Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.*

(Às Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais Secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos mio-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, Pensões e outros bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

~ 1º As administrações regionais disporão do tempo de um (1) ano, a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às Comissões de Saúde do Poder Legislativo, em seu nível, (1) planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalidade.

Art. 39 A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Ar!. 49 Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-1934.

### **Justificação**

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer.

Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos **mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos**, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos

de existência da "Lei Basaglia". A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico **é essencial à sobrevivência do manicômio** enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais.

A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático "Manual de Serviços" do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da Inta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, **que os mecanismos burocráticos e regulamentos não** lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais.

O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade., construir racional couotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente 1, a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de seqüestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de' 600.000 internações annais são anônimas, silenciosas. noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-seqüestto, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar da única forma possível-atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos 011 doentes mentais. não deixaram de ser cidadãos.

Saladas Sessões, de Setembro de 1989. – Paulo Delgado, PT-MG.

*LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADAPELA COORDENAÇÃO DASCOMISSÕES PERMANENTES*

**ANEXO D – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

**APÊNDICE A- Quadro com os documentos analisados na pesquisa.**

<b>DOCUMENTO   ANO</b>	<b>ANO QUEM ELABOROU FONTE / DISPONÍVEL EM</b>
RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 1986	Conselho Nacional De Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf">http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf</a>
RELATÓRIO FINAL DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1987	Biblioteca Virtual Em Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208Iicnsmr.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208Iicnsmr.pdf</a>
BOLETIM DO II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAUDE MENTAL - 1987	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca <a href="http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&amp;view=item&amp;id=372:boletim-ii-congresso-nacional-de-trabalhadores-da-saude-mental">http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&amp;view=item&amp;id=372:boletim-ii-congresso-nacional-de-trabalhadores-da-saude-mental</a>
PROGRAMAÇÃO II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL/ POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS -1987	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca <a href="http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?searchword=PROGRAMA%C3%87%C3%83O+II+CO&amp;categories=&amp;option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;task=search">http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?searchword=PROGRAMA%C3%87%C3%83O+II+CO&amp;categories=&amp;option=com_k2&amp;view=itemlist&amp;task=search</a>
MANIFESTO DE BAURU - 1987	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca <a href="http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&amp;view=item&amp;id=350:manifesto-de-bauru">http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&amp;view=item&amp;id=350:manifesto-de-bauru</a>
CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTIGOS 196 A 200) – SEÇÃO II – DA SAÚDE - 1988	Conselho Nacional De Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf">http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf</a>
PROJETO DE LEI Nº 3.657, DE 1989	Câmara dos Deputados <a href="http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30">http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30</a>
DECLARAÇÃO DE CARACAS - 1990	Biblioteca Virtual Em Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf</a>

LEI ORGÂNICA DE SAÚDE Nº 8.080 – 1990	Palácio do Planalto – Presidência da Republica <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm</a>
LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990	Palácio do Planalto – Presidência da Republica <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm</a>
PORTARIA Nº 189, DE 19 DE NOVEMBRO – 1991	
RELATÓRIO FINAL DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 1992	Conselho Nacional De Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf">http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf</a>
PORTARIA Nº 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992	Biblioteca Virtual Em Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf</a>
RELATÓRIO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – 1992	Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME <a href="http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3703">www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3703</a>
CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - 1993	Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME <a href="http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721">www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721</a>
RESOLUÇÃO Nº 93, DE 2 DE DEZEMBRO – 1993	Portal da Legislação / Governo Federal <a href="http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/decretos1/decretos1/1993">http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/decretos1/decretos1/1993</a>
PORTARIA GM Nº 1.720, DE 4 DE OUTUBRO DE 1994	Biblioteca Virtual Em Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf</a>
LEI Nº 9.867 DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999	Câmara dos Deputados <a href="http://www.camara.gov.br/sileg/integras/504596.pdf">http://www.camara.gov.br/sileg/integras/504596.pdf</a>
RESOLUÇÃO Nº 298, DE 2 DE DEZEMBRO 1999	Conselho Nacional De Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1999/Reso298.doc">conselho.saude.gov.br/resolucoes/1999/Reso298.doc</a>
RELATÓRIO DA I CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS - 2000	Centro Cultural do Ministério da Saúde <a href="http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/projetos_e_publicacoes/Caravana.pdf">http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/projetos_e_publicacoes/Caravana.pdf</a>
PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000	Portal da Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf">http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf</a>
PORTARIA GM NO 799, DE 19 DE JULHO DE 2000	

RELATÓRIO FINAL DA XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 2000	Conselho Nacional De Saúde / Ministério da Saúde <a href="http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf">conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf</a>
RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A SAÚDE NO MUNDO – SAÚDE MENTAL - 2001	Organização Mundial de Saúde <a href="http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage.pdf">http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage.pdf</a>
LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001	Palácio do Planalto – Presidência da República / Casa Civil <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm</a>

**APÊNDICE B – Relação de outros documentos levantados nesta pesquisa**

1. RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – “CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO - "EFETIVANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA, COM ACESSO, QUALIDADE, HUMANIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL".”
2. PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002
3. GM/MS Nº 816, DE 30 DE ABRIL DE 2002
4. PORTARIA SAS/MS Nº 305, DE 03 DE MAIO DE 2002
5. PORTARIA GM NO 251, DE 31 DE JANEIRO DE 2002
6. PORTARIA INTERMINISTERIAL NO 628, DE 2 DE ABRIL DE 2002
7. PORTARIA GM NO 817, DE 30 DE ABRIL DE 2002
8. PORTARIA GM NO 2.391, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2002: REGULAMENTA O CONTROLE DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (IPI) E VOLUNTÁRIAS (IPV) DE ACORDO COM O DISPOSTO NA LEI 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2002, E OS PROCEDIMENTOS DE NOTIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DAS IPI E IPV AO MINISTÉRIO PÚBLICO PELOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, INTEGRANTES OU NÃO DO SUS.
9. LEI NO 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003 - INSTITUI O AUXÍLIO-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA PACIENTES ACOMETIDOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EGRESSOS DE INTERNAÇÕES.
10. PORTARIA GM NO 457, DE 16 DE ABRIL DE 2003
11. PORTARIA GM NO 1.946, DE 10 DE OUTUBRO DE 2003
12. PORTARIA GM NO 2.077, DE 31 DE OUTUBRO DE 2003
13. CARTA DE CRIAÇÃO DO RENILA
14. REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. DOCUMENTO APRESENTADO À CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS
15. EM DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: CONTRA OS ELITISMOS CORPORATIVISTAS E CONTRA A COVARDIA
16. PORTARIA 2.391
17. MINISTÉRIO IMPLANTA POLÍTICA PERVERSA EM SAÚDE MENTAL – JORNAL DO CREMERJ 2006

18. MANIFESTO EM DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - SITE CFP
19. O GRANDE EQUÍVOCO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL – JORNAL DA ABP
20. PORTARIA Nº 678/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.
21. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006
22. RELATÓRIO DE GESTÃO 2003-2006 (SAÚDE MENTAL NO SUS: ACESSO AO TRATAMENTO E MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO)
23. PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009
24. CARTA DA MARCHA AO USUARIOS – JULHO 2009
25. PROPOSTA DA MARCHA DOS USUARIOS – AGOSTO 2009
26. MOÇÃO DE APOIO À MARCHA NO IX CONGRESSO DA FENAPSI
27. DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009
28. DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010
29. RESOLUÇÃO CFM Nº 1952/2010
30. CARTA ABERTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA PARA O MINISTRO DA SAÚDE
31. RELATORIO FINAL DA IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE MENTAL
32. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011
33. PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011
34. MANIFESTO DA ABRASME PELO DIA 18 DE MAIO - 2011
35. POR UMA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NÃO SEGREGATIVA E PÚBLICA: CARTA À PRESIDENTA DILMA. ENVIE VOCÊ TAMBÉM! – SITE CFP
36. PORTARIA/GM Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011
37. PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011