



## DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# Processos de conflito e paz de uma família na Saúde Mental do Grande ABC Paulista.

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sandra Isabel de Oliveira Xavier Pereira (Universidade de Coimbra) e coorientação da Professora Doutora Alacir Villa Valle Cruces (Universidade Metodista de São Paulo).

Marcio Rodrigues Lima

---

2015



## **Dedicatória**

Pai.

Onde quer que o Senhor. esteja, ofereço-lhe este trabalho, esta formação acadêmica vindoura, bem como todos os frutos que dela advierem, crendo que, esteja onde estiver, encontra-se em paz e orgulhoso ao me ver seguir em direção daquilo que sempre sonhou, se preocupou e tanto me ensinou.

Foi uma pena, e peço-lhe desculpas não ter estado presente quando da sua partida, mas, emblematicamente, do outro lado do atlântico, em terras repletas de oportunidades, crescendo como nunca, coisas que tanto espelhavam esses seus sonhos, expectativas e ensinamentos.

A cidade luz tornou-se apenas um imenso cinza a partir daquele dia, nessa vida realmente imprevisível, em que jamais poderíamos prever que, justamente no ápice da concretização até então daqueles nossos ideais, receberia a notícia da sua partida.

Enfim, onde quer que esteja, obrigado por tudo, pela vida repleta de amor, dedicação e oportunidades, esse bom caminho até aqui e com lindas projeções futuras, tendo como base tudo aquilo que você me proporcionou e ensinou, esse amor, coisas que serão para toda a vida.

Você foi realmente um homem genial, desses poucos e seletos que transformam adversidade em superação e sucesso, com talento, trabalho, dedicação e muito, mas muito amor.

Obrigado mais uma vez por tudo.

Te amo muito e para sempre.

A José Ferreira Lima (12/06/1934 – 04/07/2012).

Mãe.

Fico com a impressão que nem precisaria dizer que este trabalho é para si, o quão intenso e perceptível nele se faz sua presença. Nele, no meu fazer, em minha trajetória, naquilo que me constituí como pessoa humana.

Também é impossível traduzir aqui o imensurável amor e gratidão que sinto por tudo, pela sua imensa dedicação e amor, por tudo que me proporcionou e proporciona, essas condições favoráveis para sonhar, acreditar, seguir e realizar. Ser feliz.

Esse seu carinho e dedicação imensos, amor imensurável, nesse cuidado e sensibilidade que só você pode ter e tanto me ensina e enriquece. Admiro-te muito e devo-lhe absolutamente tudo, pelo que sou, pelas conquistas e realizações até então. Sou realmente imensamente grato por tudo.

Essa nossa vida é realmente muito especial, esse sentir e conceber o mundo de forma tão impar, a partir desses nossos lugares tão singulares. Seria isso tudo uma dádiva ainda maior, caso tivéssemos um mundo que percebesse um pouco mais na diversidade a sua maior riqueza, e zelasse por ela.

Mas a gente chega lá e, mesmo que não para gozar de uma realidade palpável conquistada nesse sentido, somos e seremos parte do processo que está a levar a humanidade a esse novo lugar, essas novas possibilidades. Temos esperança e trabalhamos por isso a cada dia, em meio a muitos limites nossos, dos coletivos e do mundo aos quais pertencemos.

Nesse mundo tão carente e necessitado de transformações e novos caminhos, resta-nos seguir e a ele ofertar esse nosso quinhão de contribuições, nos dedicarmos ao máximo para cuidarmos cada vez melhor uns dos outros.

Prometo ininterruptamente dedicar-me a cuidar bem de ti, retribuir um pouquinho a imensidão de contributos que me trouxe e traz, bem como, simultaneamente, continuar a galgar esses passos em direção ao coletivo, ao mundo, pela construção do que é para e de todos nós, necessários e fundamentais a nossa saúde.

Como não poderia deixar de ser, este trabalho é para si; só pode existir a partir de si.

À melhor mãe do mundo.

Muito obrigado por tudo.

Te amo muito.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, por toda dedicação e amor, toda contribuição para uma vida repleta de sonhos, projetos, oportunidades e realizações;

Ao meu irmão, Fabio Rodrigues Franco Lima, por tudo que vivemos juntos desde a tenra idade e as virtudes que traz como exemplo a todos nós;

À tia, Benedita Rodrigues, outra mãe que possuo e que tem também se dedicado durante esses anos todos e tanto contribuído com tudo até aqui;

À Margarida e Marília, pessoas inesquecíveis que tanto contribuíram para minha felicidade e realizações até aqui, bem como é Larissa, que ainda esteve comigo no momento mais difícil deste processo, a perda de meu pai em 2012;

À Claudia Mitie, minha atual companheira, pessoa ímpar a qual amo demais, que me ensina tanto e me faz sonhar muito além, inclusive aqui neste momento, fiel e presente, a contribuir e fundamental para que tudo flua da melhor maneira possível;

À orientadora, Sandra Xavier, que me acolheu prontamente em um momento decisivo para que este trabalho tivesse continuidade, e depois com toda atenção e compromisso, trouxe contribuições fundamentais e transformadoras, não somente para a finalização deste estudo, mas reflexões e aprendizados para toda vida;

À coorientadora, Alacir Villa Valle Cruces, por toda atenção, compromisso e ensinamentos nesse processo vivido. É para mim, muito além de uma referência acadêmica, uma referência como pessoa humana, em sua prática docente relacional com o outro, permeada pela sensibilidade, pelo respeito e pelo cuidado;

À professora Tânia, minha primeira coorientadora neste processo, excelente profissional e pessoa com a qual pude contar e aprender muito também, bem como com o prof.º Manuel Morgado Rezende, que também contribuiu com algumas orientações;

Aos professores Adriana Rubio, Antonio Carlos e todos que fizeram parte do processo da minha primeira estada em Coimbra, que depois me possibilitou o acesso a esse mestrado, nessa impagável e inesquecível experiência de vida, da qual continuo a colher grandes frutos, uma ampliação imensa dos meus horizontes e possibilidades;

Enfim, a todos que da minha vida fizeram ou fazem parte, direta ou indiretamente, com suas influências e ações construtivas, ou não, mas contributivas para que eu pudesse aqui estar. São grandes conquistas e lindos sonhos e projeções futuras. Obrigado.

## **Resumo**

Através de uma Autoetnografia, o presente estudo objetiva refletir e analisar minha trajetória de vida e relações com o sofrimento psíquico e a saúde mental, desde os anos 80, na Região do Grande ABC Paulista, no Estado de São Paulo, Brasil. Foi realizada uma narrativa a partir dos meus sentimentos e vivências como familiar de pessoa diagnosticada com transtorno mental, bem como minha militância antimanicomial em espaços de defesa da reforma psiquiátrica brasileira. A partir de uma abordagem crítica, vimos o surgimento e a proliferação dos hospitais psiquiátricos e as críticas que levaram à busca pela superação deste modelo asilar. Nossa trajetória familiar e relações com o adoecimento psíquico revelam diferenças de concepções e procedimentos efetuados nas proposições terapêuticas da lógica manicomial e da reforma psiquiátrica, bem como o alcance das transformações sociais a que se propõem. Além da pluralidade e não universalidade das concepções e relações sociais com a loucura nas diversas sociedades e momentos históricos, foi possível constatar que a reforma psiquiátrica foi aquela que proporcionou maior desenvolvimento a mim e a minha família, e mais intensamente aqueles que acederam a um processo de formação permanente e uma rede de projetos e cuidados interseriais.

**Palavras chave:** Saúde Mental; Região do Grande ABC Paulista; São Paulo/Brasil, Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Hospitais Psiquiátricos.

## **Abstract**

Through an Experience Report and a Self-ethnography this study aimed to reflect and to analyze my life trajectory and relationships with psychic suffering and mental health since 80's at the Grande ABC region in São Paulo, Brazil. This narrative was based in my experience with a person diagnosed with mental disorder as well from my commitment with anti-madhouse struggle in defense of Brazilian psychiatric reform. From a critic view was observed the psychiatric hospitals increment and the ideas that conduce to this model overcoming. Our familiar trajectory and relationship with mental illness shows differences in conceptual therapeutic between the madhouse logic and the psychiatric reform, as well as the scope of the social transformations that it propose. We could observe the plurality and non universality of the conception and social relationship with madness at different societies and history moments. We also observed that the psychiatric reform proportionated my family and I better development, specially those who had approach a permanent study process and an intersectoral project and care network.

**Keywords:** Mental Health, Região do Grande ABC Paulista; São Paulo/Brasil, anti-madhouse; Psychiatric Reform; Psychiatric Hospitals.

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)  
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)  
Comissões Especiais de Inquérito (CPI)  
Comunidade Terapêutica (CT)  
Conselho Municipal de Saúde (CMS)  
Conselho Nacional de Saúde (CNS)  
Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)  
Faculdade de Medicina do ABC (FUABC)  
Fundo Monetário Internacional (FMI)  
Grupo de Avaliação de Portarias de Hospitais Psiquiátricos (GAPH)  
Instituto Médico Legal (IML)  
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)  
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)  
Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)  
Ministério da Saúde (MS)  
Ministério Público (MP)  
Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP)  
Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM)  
Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps)  
Organização das Nações Unidas (ONU)  
Organização Mundial de Saúde (OMS)  
Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)  
Organizações Sociais (OSs)  
Plano Integrado de Saúde Mental (Pisam)  
Produto Interno Bruto (PIB)  
Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)  
Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH-Psiquiatria)  
Serviço Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU)  
Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)  
Serviços Residenciais Rerapêuticos (SRTs)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)



## ÍNDICE

1.	Introdução .....	<b>1</b>
2.	Método.....	<b>15</b>
3.	Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura.....	<b>19</b>
3.1.	Notas gerais da loucura no contexto europeu .....	<b>19</b>
3.2.	Nascimento e proliferação manicomial no contexto europeu .....	<b>20</b>
3.3.	Das críticas às instituições asilares à Reforma Psiquiátrica .....	<b>27</b>
4.	Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura no Brasil .....	<b>39</b>
4.1.	Um breve panorama pré-manicomial .....	<b>39</b>
4.2.	Fundação e proliferação dos hospícios no Brasil .....	<b>41</b>
4.3.	Cenários e experiências pré/pós Reforma Psiquiátrica .....	<b>48</b>
5.	A Região do ABC Paulista: História e Saúde, Manicômios e Reforma Psiquiátrica .....	<b>65</b>
5.1.	Industrialização e estruturação do poder médico farmacêutico na região de Grande ABC .....	<b>65</b>
5.2.	Notas sobre manicômios e reforma psiquiátrica no ABC .....	<b>73</b>
5.3.	Hospital Psiquiátrico Lacan: resquícios de uma cultura manicomial.....	<b>80</b>
6.	Processos de Conflito e Paz de uma Família na Saúde Mental da Região do Grande ABC Paulista.....	<b>87</b>
6.1.	No Hospital Psiquiátrico Lacan: ação cidadã em prática no pós Reforma Psiquiátrica .....	<b>112</b>
6.2.	O Caso Valter Guerreiro: violência e morte por espancamento de um cidadão português no Hospital Psiquiátrico Lacan .....	<b>119</b>
6.3.	Comissão Lacan: busca por justiça e continuidade da luta pela Reforma Psiquiátrica .....	<b>122</b>
7.	Conclusão .....	<b>135</b>
	Referências Bibliográficas.....	<b>139</b>
	Anexo.....	<b>153</b>



## 1. Introdução

A partir de uma autoetnografia, nesta dissertação será relatada e analisada minha própria trajetória de vida na saúde mental, familiar de pessoa diagnosticada com transtorno mental que sou, desde o início da década de 80, na Região do Grande ABC Paulista, no Estado de São Paulo, Brasil.

O termo autoetnografia surgiu com David Hayano há cerca de três décadas (Tedlock, 2000) e consiste em um gênero da etnografia que relaciona, através da experiência pessoal, o indivíduo e o meio ao qual está inserido. Nela, o pesquisador analisa a cultura e a sociedade ao seu redor, bem como posteriormente realiza uma análise de si mesmo, “tornando-se assim, vulnerável à resistência cultural e às interpretações” (Kock *et al.*, 2012, p. 95).

Segundo Ellis e Bochner (2000), a autoetnografia permite o envolvimento do pesquisador e a expressão de suas experiências emocionais, que revela detalhes ocultos da vida privada em uma narrativa que permeia pensamentos e opiniões reflexivas próprias, em meio ao processo de produção de conhecimento em que está inserido.

Na historiografia tradicional sobre a loucura e a psiquiatria, majoritariamente tem-se a perspectiva médico psiquiátrica como produtora de conhecimentos corporativos e cientificistas, em meio a um cenário em que a psiquiatria sofria pressões, internas e circundantes, para provar a eficácia de seus procedimentos e métodos e legitimar-se como especialidade, tendo o hospital psiquiátrico com palco legítimo de sua atuação e lugar natural para o encarceramento e o tratamento da loucura, a partir da segunda metade do século XVIII nas sociedades europeias centrais, e entre o fim do século XIX e as primeiras décadas do século XX no Brasil.

A fundação e proliferação dos manicômios, a partir dos séculos XVIII e XIX, trouxeram uma concomitante elaboração de todo um complexo discursivo e prático sobre a loucura, um aparato social e institucional que sobre ela incidiu e passou a determinar as políticas e a produção de conhecimentos científicos em relação ao tema, dentre outros, parte de uma estrutura que buscava justificar a criminalização e a exclusão de determinados indivíduos e grupos sociais, tidos como os “pontos mais fracos, os focos da miséria, desordem e crise moral, causadores da doença mental” (Vasconcelos, 2008a, p. 37).

Neste sentido, normal e anormal foram pensados sob a lógica da ordem e da desordem, da razão e da desrazão (Oliveira, 2011), e o saber psiquiátrico foi cúmplice em assegurar à sociedade que o louco não possuía condições de nela conviver e justificar o gerenciamento da loucura pelo Estado (Rosa e Vilhena, 2012).

Segundo Saraceno (2001), “a psiquiatria se perpetua e se auto-reproduz [...] intuindo a sua própria insuficiência terapêutica e enriquecendo-se com fragmentos de saber e de operatividade [...] que não tem confluído para o enriquecimento de seus pacientes” (p. 20-21).

A responsabilidade pelo tratamento ao doente mental foi atribuída à psiquiatria e às instituições manicomiais, sua terapêutica calcada no isolamento e na internação da pessoa em sofrimento psíquico.

Segundo Goffman (2003), nos hospitais psiquiátricos, um grupo de pessoas é condicionado por outro, sem ter a possibilidade de escolher como viver, pois se está à mercê do controle, do julgamento e dos planos desse outro, sem poder intervir para modificar essa dinâmica e o sentido da instituição.

Ao longo dos anos, primeiramente na Itália, depois em outros países, como no Brasil, surgiram inúmeras críticas a essas instituições, bem como à psiquiatria tradicional, seus conceitos e práticas. A busca por transformações passou a ser pautada pela negação dessa relação hierárquica de poderes estabelecidos, tanto no manicômio quanto na psiquiatria; pela ruptura com o sistema coercitivo, para a consolidação da liberdade, da independência e da autonomia; pelo direito de pertencer ao corpo social e ao universo simbólico da diversidade, de ser cidadão. Eis a reforma psiquiátrica proposta por Basaglia (2001).

Na historiografia, esse significativo momento possibilitou a ascensão de uma escola crítica a esta psiquiátrica tradicional e promoveu a problematização e a desconstrução dos seus pressupostos biológicos positivistas, naquela produção que os autores psiquiatras faziam de si e de seus pares, de sua especialidade e fazer laboral, uma história factual, hierárquica e centralizadora, referenciada nos ‘grandes’ feitos, acontecimentos e personagens.

No Brasil, até os anos 1970, a internação psiquiátrica involuntária nos hospitais psiquiátricos fechados foi praticamente a única forma de tratamento oficial existente, sendo o paciente ignorado como pessoa humana capaz de decidir sobre o seu próprio corpo e vida, e assim concebido como indivíduo a ser afastado do convívio social.

Os manicômios são lugares em que a exclusão e a violência são manifestas e tidas como necessárias, a divisão entre aqueles que possuem ou não poder é naturalizada e a subdivisão das funções já denota uma opressão (Basaglia, 2001).

Nos anos 1970 e 1980 surgiram novas perspectivas que enriqueceram e diversificaram a antropologia cultural, com uma maior conscientização das relações entre poder e construção do conhecimento, que produziram novos tipos de trabalho de campo e relações com a etnografia, como por exemplo, a emergência da autoetnografia (Sluka e Robben, 2007).

A partir do final dos anos 70 a sociedade civil brasileira passou a questionar a forma de tratamento manicomial. Gradativamente, sob a influência da psiquiatria democrática italiana, com o médico Italiano Franco Basaglia como um dos protagonistas, deu-se no Brasil um processo semelhante, com novas ideias e propostas de cuidado, voltados à inclusão e à sociabilidade, nas quais pacientes e familiares foram convidados a protagonizar suas próprias vidas e lutar por seus direitos e cidadania, contribuir na construção do sistema de saúde mental, responsáveis pela construção de outro lugar social à loucura e de outra sociedade.

Segundo Saraceno (2001), a busca pela ressocialização traz consigo a necessidade de se angariar “um conjunto de procedimentos que procura aumentar as habilidades e diminuir a deficiência. Ou seja, são intervenções de reabilitação” (p. 32).

Nos anos 1990, a Declaração de Caracas (OMS, 1990) estabeleceu nova diretriz para as Américas e reorientou os países no sentido da construção das redes psicossociais substitutivas de base comunitária, tendo contribuído para intensificar a assimilação e o aceleração dos processos de reforma psiquiátrica. A defesa e a garantia dos direitos humanos das pessoas acometidas por transtornos mentais se tornou orientação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Em 2001 foi aprovada no Brasil a lei 10.216, a lei da reforma psiquiátrica, com diretrizes do país para a gradativa substituição do modelo manicomial pela reforma psiquiátrica. São premissas fundamentais ao tratamento voltado à reinserção social, ao atendimento integral quando em internação e à elaboração de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida aos pacientes de longa internação (Brasil, 2001).

Na continuidade do processo historiográfico de desconstruções e democratização do acesso à produção do conhecimento, recentemente começam a surgir na academia estudos que propõem uma análise de conteúdos e materiais advindos das próprias pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares.

Esses materiais trazem imensas contribuições à academia e à sociedade ao ampliar conhecimentos e olhares sobre as complexas realidades e sobre as diversas dimensões vividas por pessoas em sofrimento que passaram a ter o direito à expressão e à memória, esses atores sociais que compõem a base da estratificação social da saúde mental. São conhecimentos fundamentais para estruturação das redes e do sistema de saúde mental, bem como de toda sociedade na direção da equidade, da democracia e da justiça, dentre outras.

A partir desses conhecimentos produzidos, que representam a experiência da produção de vida real desses usuários/utentes e seus familiares, tem-se a emergência de conteúdos genuínos, que somente deles poderiam advir, do lugar em que se situam e o qual representam.

*“A experiência do sofrimento, e de como lidar com ele, construindo estratégias cotidianas de busca do bem-estar, é em si um bem tão inestimável que não deve ser vivido apenas pelos sujeitos que a experimentam. Ela deve ser generosamente compartilhada com todos, criando não só uma corrente de solidariedade, mas formulando meios práticos e eficazes de lidar com os problemas da vida” (Delgado, 2010, p. 13).*

Porém, tanto a escola tradicional psiquiátrica quanto aquela crítica à psiquiatria e ao manicômio nos anos 60 e 70, e ainda esses trabalhos que pressupõe saberes a partir das vivências ou discursos dos próprios usuários e familiares da saúde mental, todas elas dão continuidade a produção de conhecimentos que é efetuada ‘de fora’ dos grupos que diretamente representam os segmentos de usuários e familiares da saúde mental, os segmentos que genuinamente constituem a base da estratificação social estabelecida para a saúde mental.

É bem verdade que, dentre os investigadores que já produziram conhecimentos sobre história da saúde mental, há uma ínfima parcela de representantes diretos de usuários e familiares, inclusive alguns que fazem parte do grupo que produz a partir das vivências ou discursos dos próprios usuários. Porém, esses investigadores em seus estudos não costumam assumir o segmento ao qual pertencem na estratificação social da saúde mental, ou não possuem como proposta uma produção de conhecimentos que parta de si, da sua específica e singular experiência com a loucura.

Há aqueles que acabam por serem normatizados pela academia e seu ‘rigor’ científico e podem vir a perder em termos de espontaneidade e liberdade, produzem conteúdos aquém daqueles que seriam manifestos caso tivessem ampliado o seu direito a construir o quão mais amplamente pudessem, a partir do lugar em que se situam.

Há ainda aqueles usuários e familiares que se encontram institucionalizados com vínculos trabalhistas ou comprometidos em prestar serviços às gestões e/ou partidos políticos, o que também pode limitar sua genuína produção, prejudicada em termos de criticidade ou porque tendem a produzir conhecimentos enviesados que confluem aos interesses das gestões e partidos aos quais pertencem.

Nós podemos entender e avaliar melhor um texto etnográfico se conhecermos algo sobre o autor, as experiências em que o texto é baseado e as circunstâncias da sua produção (Sluka e Robben, 2007).

Assim, consideramos que o presente estudo traz contribuições importantes à academia científica e a sociedade, a partir de um conhecimento produzido de um lugar social específico, o vivido pelo familiar de uma pessoa em sofrimento psíquico. É ele próprio o investigador

que empreende a análise de um discurso por ele mesmo produzido através de suas vivências e memórias, dos seus processos de conflito e paz.

Segundo Andion e Serva (2006), através do relato autoetnográfico o pesquisador, referenciado na memória, guia-se para aprofundar-se analiticamente e ampliar suas possibilidades interpretativas das passagens que compõem a sua narrativa.

Traz também uma contribuição à ampliação do acesso à expressão, à informação, ao direito à memória, à horizontalização das relações, à democratização dos espaços, do saber e do poder, em acordo com a afirmação de Delgado (2010), quando considera que, ao participarem e protagonizarem legitimamente a produção de conhecimento em atividades de ensino e pesquisa no campo da saúde mental, usuários e familiares dão um exemplo de exercício da autonomia.

“A reflexão na autoetnografia contextualiza a voz do indivíduo e do grupo na experiência vivida [...] desta forma, a reflexão pessoal não se torna uma verdade única, mas sim a reflexão sobre os discursos pessoais analisados como grupo” (Kock *et al.*, 2012, p. 95).

O presente estudo constitui-se como uma produção apartidária e ausente de vínculos trabalhistas institucionalizados em gestões públicas por parte do investigador e familiar de alguém que participou da rede de atendimento à saúde mental, o que possibilitou maior liberdade para a manifestação dos discursos e fluência no sentir, rememorar e dar vazão a narrativa, a partir de sua peculiar forma de estar e atuar no mundo, de interiorizar os fenômenos e a relação com a saúde mental, inclusive havendo liberdade para a autodesconstrução dos discursos empreendidos, que apontam suas próprias contradições, seja as individuais ou as coletivas dos grupos aos quais pertence.

Estando bem delimitados os objetivos da pesquisa, caso as hipóteses não se confirmem, o investigador deve ter a honestidade de revelar os resultados reais e analisá-los (Huertas, 2001).

A autoetnografia parte da reflexão do pesquisador como seu próprio objeto de estudo, sendo observador e observado, mas não há consenso ou definição precisa quanto aos seus limites e possibilidades para, a partir dela, se elaborar um estudo (Ellis e Bochner, 2000).

Nesta proposta de autodesconstrução, pude perceber-me além do lugar idealizado produzido pela narrativa do familiar de alguém que participou da rede de atendimento à saúde mental, anteriormente à análise do investigador.

*“A riqueza da narrativa, por sua vez, está na capacidade de introspecção [...] incrivelmente difícil [...] algo que a maioria das pessoas não consegue fazer bem. A maioria dos cientistas sociais ou não são suficientemente introspectivos sobre os*

*sentimentos e motivos, ou sobre as contradições que experimentam” (Kock et al., 2012, p. 96).*

Na desconstrução das dicotomias a partir da análise empreendida sobre o meu próprio discurso inicial, foi possível perceber e revelar novas facetas de minha trajetória, vistas por outro prisma, a partir da análise investigativa que me desconstruiu e reposicionou-me para além daquela dualidade maniqueísta da primeira narrativa e, assim, deu lugar a um novo sujeito, múltiplo e complexo, em outros lugares sociais, constituído e atuando também sob outros interesses, contraditórios e/ou complementares.

“A demanda do questionamento próprio autoetnográfico é extremamente difícil [...] gera muito medo, dúvida e dores emocionais [...] então há a vulnerabilidade de revelar-se, sem ser capaz de retomar o que foi escrito ou ter controle de como os leitores vão interpretá-lo” (Kock et al., 2012, p. 96).

“As experiências brasileiras de ensino com participação destes atores ainda são raras, mas este é um campo promissor, e ajudará a formar profissionais melhores” (Delgado, 2010), e assim, pensamos, o presente estudo representa mais um passo qualitativo à historiografia da saúde mental, por que, dentre outras, amplifica a proposta de uma produção de conhecimentos acadêmicos advinda das vivências e discursos de personagens que compõem as bases usuárias e familiares da saúde mental, mas com este adendo, do investigador ser o próprio sujeito a ter o discurso analisado e não possuir vínculos empregatícios que o institucionalizam em partidos e gestões.

*“Os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, suas ideologias e práticas, e o consequente desenvolvimento e implantação de equipamentos e dispositivos que atendam às demandas sociais só pode ocorrer a contento na medida em que o poder público, principal gestor e articulador do processo, buscar no saber acadêmico e no saber de quem vivencia a realidade, o auxílio necessário para dar continuidade a esta tarefa” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 166).*

O presente estudo propõem-se produzir a partir desses referenciais necessários, de quem ‘sente na pele’ aquilo que incide no corpo e na subjetividade, integralmente, a estruturação das redes e sistemas de saúde mental, seus erros e acertos, suas conquistas e suas faltas, seus procedimentos e práticas.

O presente estudo, não só rompe o tabu de um modelo hegemônico ocidental de produção de conhecimento, que conforme Ewing (*in* Sluka e Robben, 2007), objetiva o controle e a dominação a partir da hierarquização e o distanciamento na relação pesquisador/objeto, como vai além, e propicia uma produção autoetnográfica em que um



“indivíduo, ora pesquisador, ora objeto pesquisado, compreende a si mesmo por meio do aprofundamento intrínseco e de seu ambiente vivido” (Kock *et al.*, 2012, p. 96).

São processos de conflito e paz nas relações com a saúde mental e a diversidade de sentimentos, concepções e práticas que sobre ela incidiram nesse específico e singular lugar e momento sócio histórico vivido, ou seja, eu, integral, familiar da saúde mental na Região do Grande ABC Paulista e a partir dos anos 80.

Os anos 80 constituíram-se palco privilegiado das internações psiquiátricas em instituições asilares no ABC, que eram responsáveis pelas demandas, não só da região, mas de parte da Grande São Paulo e de outras localidades.

Na década de 90, em meio a diversas denúncias de violações de direitos de pacientes internados, bem como pelo impulso à reforma psiquiátrica ao longo dos anos, essas instituições passaram a ser descredenciadas do Sistema Único de Saúde e deixaram de receber dinheiro público para a contratação dos seus leitos de internação.

No Brasil a implantação do primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), equipamento da rede substitutiva comunitária, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, em meio a muitas dúvidas e problemas de adequação (Brasil, 2005).

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1987, foi importante para o país e à região do ABC, que anos mais tarde viria a contar com trabalhadores que haviam participado do fechamento deste hospício na baixada santista, experiência que gerou “um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria [...] a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais” (Capistrano Filho, 1991, p. 81).

Segundo Lancetti (1989), a instituição funcionava com superlotação de 45% a mais que a estrutura permitia, ou seja, para os 290 leitos existentes, havia uma média de 470 pacientes internados, seres humanos nus ou seminus amontoados, a medicação padronizada e uso de eletrochoques punitivos, dentre outras violências impetradas.

A região do Grande ABC paulista desde os anos 90 vem construindo suas redes psicossociais, em substituição às clínicas e hospitais psiquiátricos da região, os quais, gradativamente, fecharam, restando hoje apenas uma dessas instituições que possui leitos públicos de internação subsidiados com dinheiro público, pelo Governo do Estado de São Paulo, embora haja também muitas outras instituições de caráter asilar que contam com financiamento federal ou atuam no âmbito ‘filantrópico’ ou privado.

Dentre os municípios do ABC, São Bernardo do Campo é hoje um dos maiores epicentros dos conflitos entre modelos de cuidado em Saúde Mental no Brasil, algo que

envolve as gestões das três instâncias governamentais: municipal, estadual e federal.

A instituição símbolo da discórdia é o Hospital Psiquiátrico Lacan que, pertencente ao Grupo Bandeirantes, possui leitos de internação em sistema fechado, parte dos quais financiados pela gestão municipal via Sistema Único de Saúde (SUS) até 2014, bem como outros, ainda mantidos e ampliados pelo Governo do Estado de São Paulo, inclusive para internação compulsória, aquela que é expedida por um juiz.

O SUS, oficializado na constituição de 1988 e legislações em 1990, reconheceu a saúde como direito social (Vasconcelos, 2008a; Rodrigues, 2014), baseado na equidade e na universalidade do acesso (Esping-Andersen, 1990), direito de todo cidadão e dever do Estado (Brasil, 1990). As redes psicossociais, compostas pelos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dentre outros, tentam fazer o contraponto à lógica manicomial na região, seguem ou deveriam seguir os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, conforme a política nacional e as legislações vigentes.

As redes substitutivas também sofrem diversas críticas, por questões quantitativas ou qualitativas, em relação aos insuficientes serviços e recursos materiais e humanos, e assim não possuem plena confiança quanto à eficácia dos seus métodos. Já os defensores da reforma psiquiátrica acusam o Governo do Estado de São Paulo de empreender programas e ações contrárias às diretrizes da reforma psiquiátrica.

Os conflitos em saúde mental na região do ABC chegaram ao ápice nos últimos anos com a gradativa ampliação de leitos de internação no Hospital Psiquiátrico Lacan, consolidada em parceria com o Governo do Estado de São Paulo.

Ao anunciar não ter sido previamente consultada e nem autorizado a implantação desses projetos em seu território, a gestão de São Bernardo propôs ações judiciais junto a órgãos estaduais e da União contra o Governo do Estado de São Paulo.

Segundo a gestão municipal, a iniciativa do Estado contraria os princípios da reforma psiquiátrica, as orientações do Ministério da Saúde (MS) e a Política Nacional de Saúde Mental, fundamentadas na lei 10.216/01, que prima pela diminuição gradativa dos leitos de internação psiquiátrica em instituições de caráter asilar no país, para a ampliação das redes psicossociais e ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico.

Tais conflitos afetavam toda a região, pois as outras cidades que compõe o ABC Paulista encaminhavam pacientes para o Hospital Psiquiátrico Lacan, algo que, segundo os defensores da reforma psiquiátrica, ocorria em função de ainda não possuírem uma rede substitutiva adequada que viesse a suprir as demandas e necessidades da população, sendo a diminuição do repasse de verbas públicas aos hospitais psiquiátricos, suas realocações na

estrutura da reforma psiquiátrica, fundamental.

Emblemático símbolo da desassistência em meio a esses conflitos de modelos e gestões foi a morte por espancamento do cidadão de nacionalidade portuguesa, Valter Rosa Guerreiro, em 2009, após ter sido internado no Hospital Lacan, em virtude de, seu município, Ribeirão Pires, ainda não possuir uma rede de atenção e apoio psicossocial adequada, que lhe garantisse o direito a um tratamento comunitário digno e à saúde.

A gestão federal, do mesmo partido político que a de São Bernardo, se posiciona contrária à ampliação dos leitos no Hospital Psiquiátrico Lacan e a favor da reforma psiquiátrica brasileira, porém, atualmente, adota uma política de massivo financiamento de serviços de lógica asilar, as chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs), sendo estas bem diferentes daquela experiência comunitária inglesa que chegaram ao Brasil e influenciaram o advento da reforma psiquiátrica, pois são instituições que reproduzem sob uma nova roupagem a lógica manicomial e privatista na saúde mental.

As Comunidades Terapêuticas “centram suas ações na temática religiosa e na internação e permanência involuntárias, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto ao direito de ir e vir dos cidadãos. Não há, portanto, justificativas técnicas para seu financiamento pelo SUS” (CFP e Renila, 2011, p. 2).

É neste cenário que vivi/vivo minha experiência na saúde mental, como cidadão, familiar de mãe utente, militante social e investigador, tendo sentido ‘na pele’ os impactos das políticas e dos diversos modelos de cuidado a partir dos anos 80 no ABC Paulista, estando essa trajetória, objeto deste estudo, intimamente interligada, de forma sistêmica, interdependente e complementar, as histórias macroestruturais da região do ABC, do Estado de São Paulo e do país, em suas interações e relações com o mundo.

Também, foi a partir deste cenário que um grupo de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental fundaram a Comissão Lacan, a partir do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC, para revelar e denunciar violências ocorridas contra usuários externos do Hospital Psiquiátrico Lacan. A Comissão elaborou uma estratégia intersetorial e de objetivos amplos na luta por justiça e transformações no financiamento da saúde mental na região e no Estado, protagonista no processo que culminou no fim do convênio da prefeitura de São Bernardo, via SUS, com o Hospital Lacan.

É imprescindível o cumprimento das diretrizes e legislações existentes para a saúde mental no Brasil e no mundo, no sentido da consolidação da reforma psiquiátrica e do cuidado integral e em rede à população, sendo empreendidas as transformações necessárias para a garantia da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Segundo Saraceno (2001), o estudo piloto da esquizofrenia, empreendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revelou que a doença mental está em todas as nações do mundo e que, independentemente do lugar, a condição do doente é majoritariamente de abandono e miséria.

No início do século XXI, as estimativas da OMS indicavam que um milhão de pessoas cometiam suicídio anualmente e entre 10 e 20 milhões tentavam suicidar-se; 24 milhões eram diagnosticadas como esquizofrênicas; cerca de 450 milhões sofriam de transtornos mentais, neurobiológicos ou psicossociais, como os relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, sendo 70 milhões os dependentes do álcool (OMS, 2001).

Em 2005,

*“3% da população necessitava de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes [...] cerca de 10% a 12% não sofriam de transtornos severos, mas precisavam de cuidados em saúde mental [...] e 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consumia de modo prejudicial substâncias psicoativas [...] no Brasil, esta realidade era equivalente” (Brasil, 2005, p. 44-45).*

No caso brasileiro, eram entre cinco e seis milhões de pessoas, que necessitavam de “uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva (Brasil, 2005, p. 44)”, porém, segundo Pedro Gabriel Delgado, que já foi Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em setembro de 2001 o Ministério da Saúde estimava que, apenas quinhentas mil pessoas, recebiam cuidados contínuos no SUS (Tenório, 2002).

Atualmente a “OMS alerta que uma em cada 10 pessoas no mundo, 10% da população global, sofre de algum distúrbio de saúde mental. Isso representa aproximadamente 700 milhões de pessoas. No entanto, apenas 1% da força de trabalho mundial de saúde atua nesta área” (Gelbert, 2015, s/p).

“A OMS recomenda o fortalecimento da atenção básica e da atenção psicossocial comunitária. Para isso, sugere que cada país encontre o melhor caminho, respeitada as particularidades sociais, econômicas e culturais” (Formenti, 2009, s/p).

*“A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que, a cada ano, cerca de 20% dos jovens do mundo enfrentam algum tipo de problema relacionado à saúde mental [...] a ausência de políticas públicas focadas nesse público e mesmo a falta de discernimento sobre o tema levam a situações chocantes. Ainda segundo a ONU, a depressão é a maior causa de incapacidade nesta faixa etária e o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens de todo o mundo” (TV Câmara, 2004, s/p).*

“Doenças neurológicas constituem uma parcela grande e crescente da carga global de

doenças. Há escassez de informações sobre políticas, programas e recursos nacionais e subnacionais para o tratamento e gestão de perturbações neurológicas” (OMS, 2014).

Estima-se que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida, mas somente uma minoria recebe cuidado, pois mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% nem sequer têm programas nesta área, o que precariza a prevenção e a promoção à saúde (OMS, 2001).

Já em 2014, a ONU divulga que:

*“dois terços dos países já têm uma política ou plano e metade deles tem uma lei de saúde mental independente [...] no entanto, a maioria das políticas e das leis não estão em plena conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos. A implementação é, muitas vezes, fraca e pessoas com transtornos mentais e seus familiares têm frequentemente envolvimento limitado em seu desenvolvimento” (Gelbert, 2015, s/p).*

"Nos últimos 20 anos, se observaram no contexto internacional mudanças dramáticas no campo da assistência psiquiátrica pública [...] na maior parte dos países europeus e da América do Norte, uma tendência decisiva em direção à desinstitucionalização" (Saraceno, 2001, p. 23).

*"Na realidade, não se tratou de desinstitucionalização [...] que consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não [...] e sim, mais frequentemente, de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial" (Saraceno, 2001, p. 23).*

Segundo o Atlas de Saúde Mental (OMS, 2014), há menos de um trabalhador de saúde mental para cada 10 mil pessoas, e um disparidade nessas taxas entre países de baixa e média rendas (abaixo de um profissional para cada cem mil pessoas) e países de renda alta (um para cada duas mil pessoas).

A ONU pede aos governos internacionais que aumentem o financiamento para os serviços de saúde mental em todo o mundo e, em 2013, lançou o Plano de Ação Abrangente sobre Saúde Mental 2013-2020, que, dentre os objetivos aos países:

*“incluiu o fortalecimento de liderança e governança para saúde mental e o fornecimento de serviços sociais e de saúde mental abrangentes em ambientes comunitários [...] a OMS quer também a implementação de estratégias para promover a saúde mental e o fortalecimento de sistemas de informação e pesquisa” (OMS, 2014, p. 45).*

É de fundamental importância promover o protagonismo e a articulação entre pessoas e grupos defensores da humanização e integralização na saúde mental. É preciso revelar e refletir, sob as mais variadas dimensões e pontos de vista possíveis, as experiências vividas na saúde mental, a partir da construção complexa e sistêmica dos movimentos e ações empreendidos por cada um dos atores e grupos sociais envolvidos.

É de suma importância e um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica pelo mundo, garantir a expressão de seus usuários e seus familiares, para que a partir dessas perspectivas, vivências e saberes possamos aprofundar nossos conhecimentos e reflexões acerca dos variados modelos de cuidado, dos equipamentos e serviços que compõem as redes de saúde, das práticas empreendidas por cada instituição e equipe e as relações construídas no encontro dos atores que vivenciam e compõem o dia a dia da saúde mental, a fim de melhor avaliarmos o endereçamento e a efetividade do emprego do dinheiro público nos variados programas, modelos e diretrizes.

Através dos conhecimentos a partir dos usuários da saúde mental e seus familiares, busca-se também estimular a articulação internacional de forças que contribuam para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, para que não mais seja naturalizada ou propagada a violação histórica e cotidianamente continuada dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico, pois tanto já sofreram e tanto sofrem, e estão ainda em pleno século XXI expostos a uma extrema vulnerabilidade, seja de ordem física e negligenciais intramuros asilares, seja pelo abandono extramuros em uma ainda reforma psiquiátrica insuficiente e inadequada.

Neste sentido, e como o melhor sujeito para refletir e analisar um estudo, é o próprio pesquisador envolvido (Ellis e Bochner, 2000), este estudo propõe, através de uma perspectiva crítica da história psiquiátrica manicomial, refletir a pluralidade das possíveis construções e lugares sociais à loucura, a partir da minha própria experiência de vida e encontros com a saúde mental a partir da década de 80, na Região do ABC Paulista, no Estado de São Paulo.

Este trabalho está dividido em ‘Introdução’, ‘método’ e mais quatro capítulos, sendo eles: ‘Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura’; ‘Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura no Brasil’; ‘A Região do Grande ABC Paulista: História e Saúde, Manicômios e Reforma Psiquiátrica’; e ‘Processos de Conflito e Paz de uma Família na Saúde Mental do Grande ABC Paulista’.

Além da autoetnografia, nesses capítulos foram abordados os processos históricos que envolvem os modelos de cuidado em Saúde Mental, em âmbito global, nacional e regional; as

diferenças de concepções e de cuidado entre esses modelos; as características e questões que envolvem o último hospital psiquiátrico da Região do ABC que ainda recebe investimentos públicos, o Hospital Psiquiátrico Lacan, em meio às denúncias de violações de direitos de pessoas em sofrimento psíquico ocorridos na referida instituição, como o caso Valter Guerreiro, e por fim, a constituição e trabalhos da Comissão Lacan, que culminou com fim o convênio SUS com o Hospital Lacan.





## 2. Método

Trata-se de uma Autoetnografia, uma pesquisa qualitativa e também documental, que se dá em uma narrativa em primeira pessoa, pois se refere a minha trajetória de vida pessoal na relação com a saúde mental, familiar de pessoa em sofrimento psíquico que sou.

Este estudo pretende refletir e analisar minha experiência do lidar com o sofrimento psíquico na contemporaneidade, em meio à assistência oferecida por diferentes modelos de cuidado na saúde mental na Região do Grande ABC Paulista, nomeadamente, os Hospitais e Clínicas Psiquiátricas e a rede psicossocial.

É base para este estudo também a literatura disponível e pertinente relacionada ao tema proposto, onde foi realizado um levantamento bibliográfico acerca dos temas Saúde Mental, manicômios, Loucura e reforma psiquiátrica, no Brasil e no mundo, bem como na Região do ABC, focando a história, a epidemiologia e os indicativos na contemporaneidade, dentre outros aspectos.

Foram consultados livros, jornais, arquivos em museus da região, artigos periódicos, teses e dissertações, internet (sites, mensagens nas redes sociais, emails, etc.), atas de reuniões e documentos pertencentes aos movimentos populares e a órgãos de controle social, dentre outras fontes.

Posteriormente, foram selecionados mais específica e detalhadamente os autores e conteúdos a serem utilizados no presente estudo, tendo sido privilegiados os de maior relevância, criticidade, originalidade e consistência das informações.

As memórias e passagens da narrativa também advém da minha participação em reuniões do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC, da Comissão Lacan, da Comissão do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH-Psiquiatria), do governo federal, na inspeção do Hospital Psiquiátrico Lacan, da Comissão Estadual de Álcool e Outras Drogas (Conselho Estadual de Saúde), bem como de encontros regionais, estaduais e nacionais da Luta Antimanicomial, dentre outros. Minha participação nas reuniões desses espaços foi na condição de membro e militante/representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Dentre as fontes utilizadas, estão relatórios, cartas-denúncias, atas de reuniões, dentre outras, relacionadas à avaliação do PNASH e às reuniões do Fórum de Saúde Mental do ABC e da Comissão Lacan, que constituem importantes contribuições para a elaboração do presente estudo.

Segundo Ellis e Bochner (2000), a Autoetnografia possibilita reflexões significativas

ao autor e ao mundo, sendo um multimétodo qualitativo que possibilita o uso de diversas fontes de informação combinadas de diferentes formas.

A priori, ainda em 2012, a decisão havia sido por uma pesquisa sobre as relações entre os modelos de assistência e cuidado em Saúde Mental na Região do ABC Paulista. A proposta inicial era refletir a realidade vivida na região quanto as diferentes políticas públicas e modelos de gestão e cuidado em Saúde Mental, para hipoteticamente propor uma mediação de conflitos entre esses diferentes, para um melhor entendimento entre as partes e a melhoria da assistência à saúde mental à população.

Porém, após minha participação no programa PNASH/Psiquiatria, como representante do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC, para uma inspeção ao Hospital Psiquiátrico Lacan no início de 2013, a perspectiva sobre o qual deveria ser o objeto de estudo do presente estudo, transformou-se radicalmente.

Devido a quantidade de violações de direitos da pessoa em sofrimento psíquico encontrados no Hospital Lacan, a ideia de mediação de conflitos para uma atuação em rede já não parecia plausível e era claro que a referida instituição asilar deveria ser referenciada nos critérios de baixa qualidade de assistência do PNASH e, conseqüentemente, sido descredenciada do Sistema Único de Saúde.

Importantes para reflexões e transformações do objeto a ser estudado nesta pesquisa, foi a formação da Comissão Lacan e meu acesso às documentações relativas aos casos de violências contra ex-internos do Hospital Lacan, bem como as relacionadas ao assassinato por espancamento do utente Valter Guerreiro, cidadão de nacionalidade portuguesa, algo providencial que então se relacionava de forma sincrônica com o fato de eu estar naquele momento a fazer parte da Universidade de Coimbra e pareceu-me constituir boa oportunidade para uma contribuição à academia e à sociedade.

Assim, o novo recorte seria através do caso Valter Guerreiro, bem como dos outros casos, revelar e refletir essas violações de direitos, ainda ocorridas na região do ABC, na última instituição asilar de internação psiquiátrica mantida com verba pública via SUS, o Hospital psiquiátrico Lacan, e foram empreendidos novos levantamentos bibliográficos, relacionados a esse novo recorte.

Devido aos prazos de entrega da dissertação, bem como o fato de não estarem indo bem as comunicações com o então primeiro orientador acadêmico português e com os departamentos responsáveis na Universidade de Coimbra, foi necessário refletir as possibilidades de uma nova mudança do recorte para objeto tema deste estudo.

Havia questões éticas, relativas às legislações existentes no Brasil, em termos de

pesquisa com seres humanos na área da saúde, que deveriam passar por Comitês de Pesquisa (CEPs) locais e um nacional, e poderia necessitar de uma série de procedimentos e documentações de Coimbra, que poderíamos ter problemas em conseguir, nos prazos estabelecidos, devido às más condições relacionais à época.

A solução encontrada foi a feitura da dissertação no viés de uma pesquisa documental, que não nos obrigaria a passar pelos CEPs, embora, desta forma, não mais seria possível refletir e discutir muitos dos conteúdos que se desejava, pela ausência de materiais que só poderíamos utilizar para análise, mediante uma pesquisa experimental.

A coorientadora brasileira foi fundamental nesse momento de maior dificuldade no processo de feitura deste presente trabalho e foi imensamente contribuidora para a superação dos obstáculos e a continuidade do estudo.

O atual recorte para objeto de estudo dessa investigação emergiu recentemente, com o encontro da nova orientadora, após meu retorno à Coimbra em 2015. Embora curta a trajetória deste encontro, foi realmente produtiva e transformadora, e pudemos encontrar uma forma de tratar de todos os conteúdos possíveis, sem incorrer a violação de questões éticas da legislação brasileira estabelecida.

Assim, confluímos para a proposta de produção da dissertação a partir da minha própria experiência na saúde mental, vivida a partir do lugar social de familiar de pessoa em sofrimento psíquico que sou. Uma produção influenciada pelas metodologias ‘Autoetnografia’ e ‘Relato de experiência’.

Foi arrolada nova pesquisa bibliográfica complementar ao material que já havia sido produzido, para a adequação e o desenvolvimento desta nova proposta, e a partir de um incessante trabalho desde então, foram complementados os capítulos já escritos, bem como elaborado o último capítulo, objeto de estudo da presente investigação.



### **3. Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura**

#### **3.1. Notas gerais da loucura no contexto europeu**

O historiador Philippe Ariès (1973), ao debruçar-se sobre a diversidade iconográfica de variadas sociedades e momentos históricos que marcaram a civilização ocidental, revelou o caráter inventivo das épocas, a pluralidade e a não universalidade das representações, conceituações, papéis e relações sociais que as diversas épocas e sociedades podem atribuir aos grupos sociais que as compõem.

Não se pode deixar de relacionar com seus contextos culturais, as concepções sobre as doenças de um grupo, pessoa, etnia ou comunidade, seus métodos no enfrentamento às moléstias (Vidille, 2006), pois a “determinação do que constitui a saúde mental deve ter em conta as manifestações culturais nas quais ocorre o comportamento” (Rosa e Lapointe, 2004, p. 48).

Neste viés, podemos citar a preocupação com o fenômeno da loucura, já existente na Civilização Suméria, havendo registros literários neste sentido, naquele que se supõe ser o livro mais antigo da história da humanidade: ‘A Epopeia de Gilgamesh’ (Anônimo, 2001), na antiga Civilização Suméria, que remonta cerca de 4000 A.C, sendo talvez o herói Gilgamés, protagonista da narrativa, a primeira personagem da História, descrita textualmente, como tendo sido acometida pela loucura.

Há relatos provenientes da antiguidade, do louco como anormal, morrendo de fome ou por ataque de animais em virtude do abandono sofrido (Rodrigues, 2001). Da mania e da melancolia, aparecem relacionadas às perturbações da alma (Birman, 2010).

No contexto europeu, na Grécia Antiga, havia o conceito ‘Até’, que designava a loucura como interferência dos deuses na vida humana, com a conformação do doente, que deveria aceitar o trágico que havia sobre si incidido (Pereira, 2000).

Hipócrates promoveu profundas transformações nas concepções e etiologia dos distúrbios mentais ao atribuir causas naturais às classificações das doenças e contribuiu para surgir uma profissão além do sacerdote, para cuidar das doenças (Simon, 1989).

Uma prática demonista da loucura foi retomada na Idade Média, onde o clero e a religião como detentores dos saberes contribuíram para a intensificação das concepções espirituais da loucura, sendo o auge da radicalização a fundação e o acirramento da inquisição a partir do século XII, que justificou violências extremas sobre o louco que, se antes era

exorcizado para a extração do mal que o acometia, passaram a ser assassinados nas fogueiras, tidos como o próprio mal (Simon, 1989).

Foucault (2005) aponta outras possibilidades, sendo ao louco em fins da Idade Média, atribuído o status de detentor da verdade, com poder de acesso às verdades divinas, que os ditos 'sãos' não possuíam, dotado de um saber peculiar que "lembra a cada um a sua verdade" (p. 14) e reivindica "estar mais próxima da felicidade e da razão que a própria razão" (p. 15).

Na transição da Idade Média à Renascença a loucura foi também referenciada como existência nômade e os loucos tinham uma vida errante, também postos nas 'Naus dos loucos ou dos insensatos', para terem seu destino incerto, podendo ser entregues a barqueiros e negociantes, a grupos de mercadores que viajavam e comerciavam pelas diversas localidades, a correr pelos campos distantes ou migrar entre as cidades e de seus muros, por vezes serem escoraçados (Foucault, 2005).

A Idade Clássica é marcada por uma reemergência da razão, influência da antiguidade grega com o retorno das concepções naturalistas hipocráticas para as observações e conceitualizações da loucura. "Os médicos recuperam prestígio e [...] os tratamentos voltam a ser, sobretudo físicos" (Simon, 1989, p. 2). Dá-se a substituição da loucura como espiritualidade para a caracterização do insano e, sob influência cartesiana, o pensar sugere não estar-se louco, algo não possível ao louco, pois quem pensa possui uma verdade mais sólida que a do louco (Foucault, 2005).

Dar-se-á uma intensificação dessa racionalização conceitual e representativa da loucura no decorrer dos séculos, até o surgimento dos manicômios propriamente ditos, em fins do século XVIII, que funda um verdadeiro monopólio dos discursos e das práticas que irão incidir sobre o, a partir de então, doente mental.

### **3.2.Nascimento e proliferação manicomial no contexto europeu**

Foucault (2005) cita a existência de casas que recebiam os loucos em fins da Idade Média, embora nessas instituições não houvesse tratamento para eles, pois lá permaneciam somente à espera de um possível milagre de cura.

"O hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma vida social de exclusão\assistência\filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material" (Amarante, 2009, p. 25), uma função de hospedaria no decorrer da Idade Clássica, onde os loucos embrenhavam-se e eram confundidos com outros desvalidos,

vítimas da segregação (Osinaga, 1999).

Internações ocorreram na Idade Clássica, mas de forma não regular e a "família solicitava internação seja ao policial, seja ao intendente, etc., ou ainda um internamento que era decidido pelo poder real ou pelo parlamento" (Foucault, 2006, p. 119).

Segundo Ariès (1973), dá-se a concepção de "família moderna" (p. 214), de que a família é formada pelos pais e filhos, em um núcleo mais reduzido e fechado que, nos séculos XVI e XVII, possibilitou a emergência de algo novo até então, "o sentimento de família" (p. 222), que remodela e promove profundas transformações nas relações intrafamiliares e da família com a comunidade, pois está "ligado à casa, ao governo da casa e à vida na casa" (p. 213), e a família moderna passa a ter funções de "célula social, base dos Estados, fundamento do poder monárquico" (p. 214).

Em busca da preservação do nome e dos interesses da família, havia certo direito familiar sobre o louco, que oficialmente dava-se pelo chamado procedimento de 'interdição', uma curatela pedida pela família a uma autoridade, que a julgava, como meio jurídico pelo qual esses direitos familiares pudessem ser resguardados, sendo transferidos os direitos civis do interditado a um conselho de família (Foucault, 2006).

Temia-se não poder aumentar a glória da família e aquele que se tornava ameaça à prosperidade do patrimônio e à honra do nome familiar, era enviado ao claustro contra sua vontade (Ariès, 1973), pois se fazia necessário "sacrificá-los logo aos interesses daqueles a que se destina o mundo" (Varet *in* Ariès, 1973, p. 234).

Para Foucault (2005; 2006; 2009), algumas instituições tornaram-se reservadas apenas para o atendimento aos doentes mentais a partir da segunda metade do século XVII e, a partir daí, o aprisionamento passa a ter toda uma complexa significação estrutural, como a permear a política, o social, a religião, a moral e o viés econômico.

Houve intenso fluxo de internações, como em Paris, onde mais de um habitante em cada cem viu-se fechado numa dessas casas, por meses, sendo que o poder absoluto utilizou-se de cartas régias e outras medidas para prisões arbitrárias (Foucault, 2005).

Também há relação com as condições vividas por outros grupos sociais, como por exemplo, a mulher, que no século XVII gradativamente perde seu poder e influência no lar, "perde o poder de substituir o marido ausente ou louco" (Ariès, 1973, p. 214).

Já vemos aqui o ideal social de um lugar natural do louco (Foucault, 2005), embora, neste período, o enclausuramento não possua uma conotação de medicalização e elaboração sistemática de um conhecimento sobre a loucura (Amarante, 2009).

A partir da metade do XVIII, a noção de distanciamento humano da natureza,

decorrente do projeto urbano industrial, gera concepções e a sensação de aumento de loucos nas cidades, consequência de um suposto avanço civilizacional (Martin, 1983).

Nos anos 1840, O Dr. Louis-René Villermé, médico precursor da epidemiologia social, traz relatos da multiplicação de doenças e males entre os trabalhadores no cenário de revolução industrial, como o alcoolismo, a libertinagem, a imprevidência, o concubinato e a prostituição, em decorrência da vida em meio às condições degradantes da época. Porém, atribui ao próprio proletariado a culpa pelos maus costumes e condena-o pela ausência de valores burgueses relacionados à religião, família, respeito às hierarquias, temperança e economia financeira (Serpa Jr., 2010).

A alienação gradativamente substitui a desrazão e se dão novas formas de se distinguir o louco ante a ordem social, sendo de fundamental importância o advento do médico clínico, que surge no final do século XVIII e tem como seu grande expoente o médico francês Philippe Pinel, que funda um verdadeiro "monopólio de competência de acordo com a realidade sócio-histórica vigente" (Amarante, 2009, p. 27).

Emerge o manicômio e a psiquiatria, um gradativo processo de especialização na relação com, o agora, doente mental, caracterizado pelo seu isolamento, bem como a descrição e a classificação dos seus sintomas e comportamentos. O "manicômio é uma autêntica intenção de dar forma e visibilidade ao direito do asilo. Chamavam-se exatamente asilos e eram dedicados aos loucos pobres" (Saraceno, 2001, p. 65).

Amarante (2009) se refere a esse período de transição como “a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica” (p. 23), que deixa seu caráter eminentemente místico e divino para fundamentar e fortalecer o cientificismo crescente e, por muitos anos, ter-se-á como única terapêutica disponível ao portador de transtornos mentais, a internação em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2009).

Mas sobre os alienistas recaía uma enorme desconfiança e pressão do cientificismo da época, no sentido de produzirem provas definitivas que validassem as propostas da então nascente psiquiatria e esta, enfim, poder situar-se no mesmo nível das outras áreas médicas (Dowbiggin, 1993).

A obra de Pinel "representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital. [...] esse percurso marca a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico" (Amarante, 2009, p. 26).

“Os direitos da família são substituídos pelo poder estatal e médico, passa a ser vista como causadora do adoecimento pelos alienistas e todo contato possível com ela deve ser evitado” (Foucault, 2006, p. 123).



O médico alienista Bénédict-Augustin Morel, em 1857 e 1860, respectivamente, publica suas obras ‘Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias’ e ‘Tratado das doenças mentais’. Trata cientificamente da sua ‘teoria da degenerescência’ e busca popularizar as formas preventivas e tratamentos, ao considerar a variedade de doenças mentais como perigo contínuo à parte sã da população (Morel *in* Serpa Jr., 2010).

Morel (1860) acredita na transmissão hereditária das moléstias, nos doentes como desvios mórbidos na espécie e atribui às doenças causas relacionadas às questões civilizacionais, climáticas, higiênicas, de gênero, faixa etária e estado civil.

Eram internados aqueles tidos como indesejáveis, por terem más condutas ou porque os estigmas que recaíam sobre os doentes mentais geravam representações de periculosidade à sociedade, devido à dificuldade de controlá-los (Resende, 1987).

Do médico, uma verdadeira atitude de polícia interna recai sobre o alienado no isolamento imposto, a fim de observar e descrever a sucessão de sintomas apresentados pelo doente (Castel *in* Amarante, 2009, p. 25).

A psiquiatria é um "discurso sobre o corpo da psicose, e obra sobre o corpo do psicótico [...] o corpus da psiquiatria é fragmentado e cada fragmento é a representação de uma ideia, de um preconceito, de um poder" (Saraceno, 2001, p. 72).

Porém, deste gesto de Pinel, em desacorrentar os loucos para implementar uma terapêutica e novas práticas (Tenório, 2002), não podemos deixar de reconhecer também suas contribuições à ciência e à investigação clínica (Ribeiro, 2006).

A revolução francesa, revolucionária e reformadora, foi um marco a partir do qual emergiu a pretensão científica para a explicação dos fenômenos mentais, particularmente no século XIX (Tenório, 2002; Vasconcelos, 2008a). Pinel assumiu o desafio de humanizar os hospitais gerais (Tenório, 2002), uma nova perspectiva sobre o adoecimento, agora distúrbio do sistema nervoso a ser estudado (Spadini e Souza, 2006).

Pinel “começou a separar e classificar os diversos tipos de desvio ou alienação mental que encontrava, com o objetivo de estudá-los e tratá-los” (Barrígio, 2010, p. 18), disposto a refletir como lidar com os alienados, tinha a convicção de que havia um tratamento e que seus males estavam associados às privações de liberdade que recaíam anteriormente sobre os loucos (Serpa, 1996; Foucault, 2005).

*“Com a pedagogia da sociabilidade instituída por Pinel no Grande Hospital, seriam devolvidos ao “louco” tais atributos de razão e vontade, o que lhe permitiria se reinscrever no espaço social. Com requintes de fina ironia, para recolocar o*

*doente mental em condições de participar da vida social, a condição prévia seria a sua exclusão” (Gabbay in Rosa e Vilhena, 2012, p. 155).*

É "improvável a malvadeza àqueles que conceberam e praticaram a ordem manicomial. Tal ordem tem simplesmente a função de ordenar a desordem do louco [...] se legitima e se auto reproduz; a psiquiatria é essa ordem, essa legitimação e essa reprodução" (Saraceno, 2001, p. 64).

Para Esquirol "a loucura é produto da sociedade e das influências intelectuais e morais" (Castel in Vasconcelos, 2008a, p. 36), uma concepção de adoecimento mental como comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade (Ribeiro, 2006).

Vasconcelos (2008a) sintetiza:

"A emergência da psiquiatria moral como especialidade da medicina [...] oscila entre dois modelos de doença mental: uma perspectiva organicista, que supõe uma lesão na origem da doença, e uma nosografia moral e social dos sintomas da desordem, que remetia a uma psicopatologia das paixões e de um ambiente social patogênico" (p.35).

Já para Morel (1857), a medicina constituía uma espécie de salvação para a sociedade, mesmo que no contexto da época os alienistas estivessem sofrendo duras críticas, consequência das violências impetradas em suas formas de tratamento e a ineficácia de uma proposta exclusivamente asilar.

Em meio a uma época que não direcionava uma atenção para tratamentos ao louco e à loucura, constitui um importante passo o fato de Morel (1857) evocar os alienistas para irem a campo estudar as doenças mentais, a fim de descobrir-lhes as origens, e postular que os tratamentos para a alienação mental não deveriam diferenciar-se dos atribuídos às outras enfermidades, no sentido da busca da cura. Anacronismos a parte, é ampla a proposta defendida por Morel de 'moralização das massas' para o tratamento das enfermidades mentais, dividida em higiene, profilaxia e tratamento do estado agudo, havendo neste processo aspectos combativos e preventivos às doenças.

O Dr. Villermé (in Dupeu, 1976), em sua contextualização da revolução industrial, sobre a salubridade das condições de vida e trabalho do proletariado, denunciava já circunstâncias que desfavoreciam a saúde nos ambientes laborais, como a mistura dos sexos, que vulnerabilizava mulheres e crianças; a extensa jornada de trabalho para as crianças, de 12 a 15 horas por dia, por vezes sem folga semanal; e os empréstimos monetários feitos por encarregados aos operários. Ele atribuía a essas práticas uma contribuição à miséria e prejudiciais aos bons costumes e à saúde.

De Francis Galton, criador da eugenia, segundo Del Cont (2008), ele “procurou apresentá-la como a ciência que forneceria as bases teóricas para não só compreender os mecanismos da transmissão dos caracteres entre as gerações, como também contribuir positivamente para a melhora das características do conjunto populacional” (p. 1).

Mas na “época da revolução francesa, que marca o início da psiquiatria como hoje a conhecemos, a figura do doente mental não equivalia à figura do cidadão, pois o louco não era definido como um sujeito de razão e de vontade” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 155). As heranças da teoria e prática pineliana, bem como dos eugenistas e outros alienistas, colaboraram enormemente para a estigmatização, sofrimento e segregação impostas à pessoa em sofrimento psíquico.

*“Ao longo do século XIX, a concepção dos manicômios se transforma, do internato educacional proposto por Pinel, para um local de sujeição violenta do louco, com enfoque na lesão orgânica presumível que acarreta a enfermidade mental, e não mais na desrazão. Assim, permitiu-se à psiquiatria apropriar-se de um conceito muito antigo, a loucura, como seu objeto de conhecimento” (Pessotti in Rosa e Vilhena, 2012, p. 155).*

Com o advento e proliferação das ideias iluministas, há a gradual reemergência da razão e da cientificidade, fruto desta nova ordem social pós-revoluções modernas dos séculos XVIII e XIX, através das quais ascendeu ao poder uma nova classe social, a burguesia, com sua conjuntura reformulada de ideologias, valores, interesses e práticas, em contraposição às antigas monarquias e aristocracias, antes soberanas.

Segundo Amarante (2009), "a análise histórica desse processo permite perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência que buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais" (p. 26).

Para Morel (1857), a proposta prática metodológica era primeiramente sequestrar e retirar das ruas os indivíduos considerados nocivos à segurança pública, e depois, já asilados, cabia aos alienistas as intervenções para as modificações físicas, comportamentais, intelectuais ou morais necessárias.

Segundo Foucault (2006), há a intensificação das demandas por internações já a partir do nascimento do manicômio, e em 1838, uma lei oficializa na esfera jurídica e estatal a "preeminência ao internamento sobre a interdição, ao poder científico-estatal sobre o poder familiar" (p. 121), que a partir de então designava o louco como inimigo social e agora o internamento tornava-se a prática constante e legal sobre ele, podendo "perfeitamente ser decidido pela autoridade prefectoral, sem que tenha sido acionado pela família [...] uma

verdadeira captura do corpo [...] que é agora a peça jurídica fundamental, e não mais aquela destituição dos direitos civis" (p. 120).

Apesar de inovadora importante para a ciência, a psiquiatria engendrou a continuidade das violências contra os doentes mentais, com purgativos, sangrias, chicotes e mortes por falta de cuidados, dentre outros (Spadini e Souza, 2006).

Inundada nas tendências e perspectivas daqueles tempos e bastante influenciada pela matriz positivista e biológica, a psiquiatria buscará a objetividade do conhecimento proposto na época, fundamentalmente pelas ciências naturais (Amarante, 2009).

No ano de 1851 ocorreu na França, na cidade de Paris, a Primeira Conferência Sanitária Internacional, um evento bastante importante que possibilitou a discussão e a disseminação de ideias correntes na época na área da saúde (Paiva, 2006).

Impactante foi a teoria da evolução de Charles Darwin, que promoveu profundas transformações em toda sociedade e influenciou diversos autores, nas mais variadas áreas do conhecimento, como por exemplo, a publicação do livro “O Gênio da Hereditariedade”, de Francis Galton, no qual defende a hereditariedade determinista das características mentais e dos processos degenerativos (Vasconcelos, 2008a).

Se num primeiro momento, com sua obra ‘A origem das espécies’, de 1859, Darwin tenha ao máximo evitado considerações analógicas que sugerissem serem aplicáveis aos humanos as leis da seleção natural, posteriormente, com o lançamento da obra ‘A descendência do homem e a seleção com relação ao sexo’, de 1871, procurou estender também aos seres humanos àqueles princípios (Del Cont, 2008).

“A teoria da degenerescência emerge num período da história da psiquiatria em que esta precisava do respaldo de uma teoria abrangente, capaz de fornecer uma descrição do fenômeno loucura em termos compatíveis com o vocabulário da medicina em geral e adequada às exigências da ciência positiva” (Serpa Jr., 2010, p. 457).

Assim, também a partir da influência darwinista, no que diz respeito à loucura foram importantes o surgimento do darwinismo social e da eugenia, movimento social e científico altamente moralizante e normativo dos discursos, representações, relações e comportamentos, com intensa busca pelo controle social, a partir das ações, políticas e estratégias do Estado (Vasconcelos, 2008a).

Também já havia a busca para a superação do paradigma pineliano de somente descrever sintomas observados (Birman, 2010), cujo médico psiquiatra Emil Kraepelin foi o protagonista maior, com sua nosografia psiquiátrica, que atribuiu à loucura, por ser

incompreensível e insensata, um caráter de ilegitimidade (Saraceno, 2001).

Sua concepção determinista sobre a loucura a colocava num lugar de gradual intensificação da patologia e cronificação degenerativa do doente e, assim, dava continuidade à concepção de degeneração da psiquiatria francesa (Birman, 2010).

É desse modo que as sociedades europeias centrais se constituíram de tal forma na modernidade que possibilitaram e influenciaram uma gradual racionalização da vida, da loucura e dos procedimentos sobre o louco.

### **3.3.Das críticas às instituições asilares à Reforma Psiquiátrica**

Já no século XIX eram visíveis as degradantes realidades vividas nos manicômios, impetradas pela psiquiatria. Através das décadas passam a sofrer críticas quanto ao seu papel e natureza, sendo vistos como impróprios ao lidarem com as doenças mentais e incapazes na recuperação dos doentes (Amarante, 2009).

A partir das insuficiências e descontentamentos gerados pelo projeto desenvolvimentista e industrializante burguês/liberal/eurocêntrico, acentuam-se manifestações e contestações as suas premissas nas sociedades europeias centrais.

Assim, a instituição manicomial passa a ser vista como causadora e intensificadora de doenças, culpabilizada pelo alto custo e pela ineficácia dos tratamentos propostos. Parecia não mais ser possível "assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar" (Birman e Costa *in* Amarante, 2009, p. 28).

O louco "é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como perigoso para si mesmo e para os outros, e causa de escândalo público [...] fazemos dele um homem-objeto, submetido ao jogo do destino" (Basaglia, 2001, p. 15).

Ao longo das décadas inúmeras experiências em diversos países inauguraram processos que viriam a contribuir para a construção de teorias e práticas que propunham novas possibilidades de cuidados e tratamentos.

A institucionalização\hospitализação passa a ser vista como algo que gera dependência institucional, cronificação e perda da capacidade de socialização do paciente, um problema a ser enfrentado (Amarante, 1998).

Surgem no século XX diversas propostas de transformações no cuidado e olhar sobre a loucura, nomeadamente, dentre as mais importantes, a Psicoterapia Institucional, a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Comunitária, a Antipsiquiatria e

a Psiquiatria Democrática Italiana.

Embora, segundo Saraceno (2001), para a psicanálise a loucura só tenha validade como modelo patológico, "pré-definido a partir de um modelo de funcionamento do aparelho psíquico" (p. 67), também Freud e a psicologia analítica de Jung possibilitaram grandes rupturas com o modelo vigente até então, tal qual a valorização da história individual, familiar e cultural na gênese da doença e a relativização da fronteira entre normalidade e loucura (Vasconcelos, 2008a).

Charles Chaplin, em 'Tempos modernos', critica a busca ilimitada pela produtividade em um modelo de modernização industrializante e desenvolvimentista que se sustenta na exploração e normatização dos corpos e mentes (Oliveira, 2011).

Ey (1956), em busca da superação do paradigma determinista/organicista/genético, bem como de novas teorias e práticas psiquiátricas no cenário pós-guerra, discorre sobre perigos e contrariedades do conceito de endógeno de Kraepelin, que postula a psicose como resultante exclusivamente de variáveis internas da pessoa, sem ter em conta os aspectos sociais relacionados a sua história de vida.

Segundo Basaglia (2001), ao se negar a irrecuperabilidade do doente, também nega-se a conotação psiquiátrica e a definição científica a ele atribuída e, assim, nega-se a própria doença, um processo de despsiquiatrização.

Segundo Foucault (2004), a psiquiatria falhou em sua tentativa de estabelecer uma correspondência na relação entre sintomas e lesões nos distúrbios, nos moldes em que outras áreas da medicina tiveram sucesso, como a somática, por exemplo.

As duas guerras mundiais e seus desdobramentos influenciaram os rumos da humanidade, produzindo novas demandas e necessidades, inclusive em relação à saúde e à saúde mental, com a intensificação das críticas aos hospitais psiquiátricos e maiores reflexões no sentido da elaboração de novas estratégias e políticas de planejamentos institucionais e formas de assistência (Ribeiro, 2006).

Essas iniciativas gradativamente ampliaram seu raio de ação e transformaram as instituições asilares, primeiramente em seu interior, depois extramuros, até colocarem a própria lógica manicomial e a sociedade, estruturalmente, no centro da questão.

Herman Simon, na década de 20, ao utilizar alguns pacientes considerados cronicados para a construção de um hospital observou que o trabalho gerava sociabilidade e benefícios. Sullivan, nos anos 30, aprimora essa iniciativa e empreende o tratamento individual com socialização do paciente em grupos, o que posteriormente se tornariam as denominadas comunidades terapêuticas (Amarante, 2009).

O avanço das políticas keynesianas de bem estar social fomentou investimentos estatais nas áreas sociais desde a crise econômica de 1929 e contribuiu para o advento de iniciativas, políticas e programas, também na saúde mental (Vasconcelos, 2008a).

Na década de 40, Menninger separa os pacientes mentais em grupos pequenos para debaterem e encontrarem soluções para seus problemas (Amarante, 2009).

As Comunidades Terapêuticas propriamente ditas surgem em meio ao aumento da demanda por cuidados a soldados traumatizados de guerra e caracterizam um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico (Amarante, 2009), mas que se projetam mundialmente e trazem uma maior preocupação com os pacientes internados (Vasconcelos, 2008a).

A proposta foi "tratar grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico" (Amarante, 2009, p. 29), com a adoção de medidas administrativas, democráticas e participativas, que possibilitavam aos internos o engajamento, mobilização e coletivização do espaço (Amarante, 2009; Vasconcelos, 2008a).

"Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica" (Amarante, 2009, p. 29), seu método envolve os pacientes com os seus e os demais processos terapêuticos, empreende iniciativas solidárias e interdependentes (Amarante, 2009), além de redefinir os papéis e a participação dos familiares, tornando-os também parte importante do cuidado (Vasconcelos, 2008a).

Do trabalho de Jones, bem como os de outras experiências semelhantes em outros países, a negação da instituição psiquiátrica possibilita emergir socialmente a busca da superação dos paradigmas dominantes, suas teorias e práticas (Basaglia, 2001).

Porém, a experiência inglesa de comunidade terapêutica, apesar de importante, se limitou a transformações no âmbito interno dos hospícios e assim não transpôs certas fronteiras para um aprofundamento teórico e prático, no tocante a concepção do próprio hospital psiquiátrico como essência da exclusão (Rotelli *in* Amarante, 2009).

A proposta denominada Psicoterapia Institucional configura-se como outra das alternativas que buscaram empreender novas formas de tratamento no ambiente interno das instituições asilares, embora, segundo Vasconcelos (2008a), tenha tido um maior êxito nas suas conceituações e práticas, tendo implicações clínicas e assistenciais que possibilitaram ações para além dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Na segunda metade da década de 40, o psiquiatra François Tosquelles, no hospital psiquiátrico em Saint-Alban, acompanhado por ativistas da resistência, marxistas, surrealistas, freudianos, dentre outros, inaugura as bases daquele que viria a ser o movimento de

transformação da psiquiatria francesa (Amarante, 2009).

O termo psiquiatria institucional foi utilizado em 1952 por Dalmezon e Koechlin (*in* Amarante, 2009). Propunham um acolhimento imediato e por todos, profissionais trabalhadores dos serviços ou os pacientes (Vasconcelos, 2008a).

Partiam da premissa que os hospitais psiquiátricos em sua organização interna eram também patológicos e necessitavam de tratamento (Amarante, 2009), que só seria exitoso em um panorama de relações horizontalizadas, nas quais todos os membros assumissem responsabilidades de atenção (Vasconcelos, 2008a), contraposto à estrutura e lógica manicomial, sua extrema hierarquização vertical das relações (Amarante, 2009).

A Psiquiatria de Setor também representou um movimento de contestação à psiquiatria tradicional e instituições asilares, com o esquadramento do hospital e analogia deste com as áreas geográficas e sociais da comunidade e, assim, transferiu-se simbolicamente para ela o atendimento aos doentes, ou seja, “o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social, e com seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais que uma etapa transitória do tratamento” (Fleming *in* Amarante, 2009, p. 34).

No pós-segunda guerra, os direitos humanos e a cidadania como pautas embasaram a intensificação das críticas em relação às estruturas, modelos e instituições existentes (Oliveira, 2011), tendo o modelo manicomial e o saber médico sofrido mais críticas, que estimularam a busca por novas práticas, programas, políticas e serviços.

“Alguns setores mais ventilados da psiquiatria convencional tiveram que reconhecer o caráter anacrônico e iatrogênico (isto é, que gera novos problemas de saúde) de suas práticas” (Vasconcelos, 2008a, p. 71).

A panorâmica macroestrutural, econômica e social vigente, possibilitou as condições para novas políticas de saúde mental em vários países. Em um mundo sensibilizado e muitos soldados doentes e traumatizados, dentre tantos outros pacientes institucionalizados, havia um quadro de grande escassez e desperdício de mão de obra, tendo as políticas de bem estar impulsionado a desinstitucionalização e a ressocialização na comunidade (Vasconcelos, 2008a; Amarante, 2009).

O pós-guerra foi então impulso a "descentralizar os serviços, abrir suas portas, eliminar seu caráter prisional, educar a sociedade e obter a participação da comunidade [...] a psiquiatria asilar foi sendo substituída por uma psiquiatria progressivamente socializada, sem que a individualidade fosse posta de lado" (Arruda, 1995, p. 63).

Dá-se um fenômeno mais amplo a partir das décadas de 50 e 60, que passa a reconhecer mais intensamente o caráter anacrônico manicomial, com a "desativação gradual



das instituições asilares para portadores de doenças contagiosas, para deficientes e portadores de transtorno mental" (Vasconcelos, 2008a, p. 72).

"Em todo mundo, diminui a população de pacientes internados em Hospitais Psiquiátricos" (Saraceno, 2001, p. 22) e, para tal, foram importantes, dentre outros, o advento e disseminação da psiquiatria democrática italiana, os movimentos americanos pelos direitos civis e política sanitária para a redução de gastos em hospitais, que contribuíram para a diminuição de 80% da população manicomial nos EUA, de 1955 a 1985, bem como a racionalização da receita inglesa e seu redirecionamento para equipamentos e recursos extra-hospitalares, com a crença de ser o hospital psiquiátrico um equipamento de baixa eficácia terapêutica, dentre outros (Saraceno, 2001).

Também a ONU e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) recomendavam àquela altura os aspectos preventivos na esfera internacional, a estabelecer importantes diretrizes aos países nesse sentido (Paulin e Turato, 2004).

Baseado nas ideias comunitárias e preventivas do professor e psiquiatra norte-americano Gerald Caplan, o 'Community Mental Health Center Act' foi lançado pelo governo do então presidente John F. Kennedy, em 1963, nos Estados Unidos, e assim redirecionava os objetivos da psiquiatria no sentido do nascente conceito de saúde mental e na busca da redução da doença mental na comunidade (Paulin e Turato, 2004).

Estavam estruturadas as condições que possibilitaram novos movimentos de contestação, dentre eles, a reforma psiquiátrica, a partir dos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana e o psiquiatra Franco Basaglia (Vasconcelos, 2008a).

"Tendemos a agir de maneira a que a vida da comunidade, sua vida cotidiana, não seja dirigida por uma inteligência, mas sim o resultado da atividade espontânea de todos aqueles que participam" (Basaglia, 2001, p. 26) e "no movimento anti-institucional italiano é mais evidente a dimensão civil, ou seja, da reivindicação de um espaço comum de cidadania curador/curado" (Saraceno, 2001, p. 67).

"Não é que nós não prescindamos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com o indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define" (Basaglia, 2001, p. 28).

Basaglia foi membro do partido comunista, influenciado por Gramsci e preso pelos fascistas durante a segunda guerra, "conhecendo na pele o que a maioria dos clientes viviam nas instituições psiquiátricas convencionais" (Vasconcelos, 2008a, p. 77).

"A lição que a partir dos anos sessenta caracteriza grande parte da psiquiatria crítica é a da legitimação moral, política, cultural e psicológica do doente mental e da doença mental"

(Saraceno, 2001, p. 67). Suas ideias e iniciativas inspiraram movimentos em todo mundo a superar os limites e as contradições asilares.

A busca é pela desinstitucionalização, ou seja, a retirada dos sujeitos acometidos por transtornos mentais dos hospícios, para que fossem reintegrados e cuidados na sociedade de forma a garantir sua inserção e de seus familiares no processo do cuidado, atuando todos também pelas transformações sociais necessárias (Vasconcelos, 2008a).

“Relaciono-me com a pessoa não pelo nome que tem, mas por aquilo que é [...] se faz necessário focar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença [...] o juízo de valor e o rótulo que se impõe” (Basaglia, 2001, p. 28).

O processo de desinstitucionalização buscou superar os muros e atingir toda complexidade estrutural e social, permeando as políticas, representações, relações sociais e jurídicas, saberes especializados, dentre outros (Vasconcelos, 2008a).

Essa estruturação do mundo dentro dessas lógicas só foi possível porque “a ciência sempre a serviço da classe dominante, decidira que o doente mental era um indivíduo incompreensível, e como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe, como única alternativa, a morte civil” (Basaglia, 2001, p. 29).

A psiquiatria democrática italiana projetou então não apenas a derrubada das paredes, muros e grades das instituições asilares, mas um "desinstitucionalizar que significava desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que se codificam e transformam-se em instituições sociais" (Basaglia *in* Ribeiro, 2006, p. 17).

*"Esse movimento de ampliação do objeto das abordagens e da atenção psicossocial implica uma verdadeira revolução epistemológica e teórica no processo de construção do conhecimento [...] desconstrução e reconstrução dos paradigmas convencionais do conhecimento científico e profissional" (Vasconcelos, 2008a, p. 143).*

Segundo Basaglia (2001), “o doente mental é ‘doente’ sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo” (p. 29), sendo que, dentro de uma perspectiva tradicional, o psiquiatra está imbuído na perspectiva do louco como um 'não homem' (Basaglia, 2001).

Interage com a fenomenologia existencial, a psicoterapia institucional francesa e a comunidade terapêutica inglesa, "uma ampla e contínua luta política, institucional, legal e cultural [...] para mudar as relações globais" (Vasconcelos, 2008a, p. 78-79).

“Negamos a desumanização do doente como resultante último da doença, atribuindo o grau de destruição à violência do asilo, da instituição, de suas mortificações, desmandos e

imposições, que derivam da violência, dos abusos e das mortificações” (Basaglia, 2001, p. 29).

"Nesse sentido, o problema fundamental, não reside em remover o sistema, a doença, ou recuperar a pessoa, mas criar muitas possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que deixe de ser o de custódia ou de tutela, apoiando-se na participação e no desenvolvimento de projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos" (Ribeiro, 2006, p. 17).

O movimento teve outras lideranças, como Franco Rotelli, que também postulou não ser mais a cura o problema, ou a vida produtiva, "mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade" (Rotelli *in* Vasconcelos, 2008a, p. 79).

Gradativamente a Psiquiatria Democrática conseguiu reduzir os leitos psiquiátricos na Itália, fechar as instituições manicomiais, criar serviços substitutivos abertos e perto das residências dos utentes, e "constitui a principal referência histórica e teórica para as abordagens contemporâneas de atenção psicossocial, na perspectiva dos interesses popular-democráticos e de luta por uma sociedade mais justa, igualitária e solidária" (Vasconcelos, 2008a, p. 80).

A Geração Beat no EUA dos anos 40 e o movimento de contracultura influenciaram os anos 60, com intensas manifestações por mudanças e luta por direitos e relacionados à diversidade, inclusive entre as minorias (Oliveira, 2011).

Foi em meio aos movimentos underground da contracultura nos anos 60 que um grupo de psiquiatras, de um lugar social interno à própria psiquiatria, passou a questioná-la em seus pressupostos (Oliveira, 2011), dentre eles, Ronald Laing, David Cooper e Aron Esterson, que fundam a Antipsiquiatria (Amarante, 2009, p. 42).

A Antipsiquiatria, outro movimento contestador da estrutura e da lógica manicomiais, surgiu como nova proposta de se abordar o psiquismo humano e transpõe barreiras críticas ao aparato institucional, científico e social (Duarte Junior, 1983).

Cooper, psiquiatra sul-africano, e o inglês Laing, passaram a questionar a psiquiatria e a psicologia tradicionais em seus métodos (Duarte Junior, 1983) e "destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais" (Amarante, 2009, p. 43), sendo também a ordem social e familiar fruto de críticas, responsável pelo advento da loucura (Amarante, 2009).

Não por acaso em maio de 68 a psiquiatria foi um dos segmentos mais atacados pelas manifestações e atores sociais que também denunciavam as estratégias de encarceramento dos que contrapunham o sistema, como o poeta Antonine Marie Joseph Artaud que foi internado

em instituições psiquiátricas, torturado com eletrochoques, entre outras violências que lhe deixaram imensas sequelas (Oliveira, 2011).

O poeta Allen Ginsberg foi outro que nos anos 50 sofreu violências manicomiais e denunciou-as a partir de sua obra, como em 'Uivo', onde relata como atores sociais estavam sendo silenciados pelo sistema através dos encarceramentos (Ginsberg, 1984).

Lang trás legitimidade à loucura que "enquanto experiência do outro não pode ser normatizada nem com a violência da psiquiatria nem com a atribuição interpretativa da psicanálise" (Saraceno, 2001, p. 67). Goffman (2003) relata as estratégias postas em prática nessas "instituições totais" (p. 18), as quais controlam ao extremo a vida e os desejos dos internos, através de violências diversas.

A riqueza de saberes e linguagens dos anos 70 fazia com que a psiquiatria fosse discutida não apenas por psiquiatras, mas por filósofos, sociólogos, políticos, poetas, historiadores, dentre outros, quando se dá o encontro entre as ideias dos ingleses Cooper e Laing, com a dos franceses Foucault, Deleuze, Guattari e Castel, e ainda as do americano Goffman e as de Basaglia, italiano (Saraceno, 2001).

A Antipsiquiatria busca revelar outras possibilidades sobre a loucura, não sendo ela mais vista como uma doença, mas sim "como um jeito diferente de ser, um jeito não usual de se estar no mundo" (Duarte Junior, 1983, p. 11).

O sistema sutilmente controla os comportamentos e projeções libidinais dos sujeitos, impedindo-lhes o prazer e impondo-lhes de forma repressiva o princípio da realidade, docilizando e dominando-lhes os corpos (Foucault, 2009).

Segundo a antipsiquiatria, o afastamento do louco da sociedade está relacionado à produtividade, sendo ele tido como alguém que gera conflitos indesejáveis e atrapalha o sistema capitalista (Duarte Junior, 1983). Portanto, o louco deve ser afastado do convívio com aqueles tidos como normais e produtivos, para que não gere conflitos e dúvidas quanto às funções e papéis dos outros indivíduos (Amarante, 1983).

Questiona-se a própria forma de se fazer ciência e produzir conhecimento, pois a perspectiva específica adotada e os interesses individuais existentes influenciam a atuação do pesquisador sobre o fenômeno (Duarte Junior, 1983).

Segundo Oliveira (2011), com intensidade repressiva semelhante, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, a ditadura stalinista fez dos manicômios lugares repletos de inimigos políticos do Estado. Aqueles que se opunham às ideias comunistas do regime ou denunciavam suas práticas, eram considerados loucos e trancafiados nos manicômios, que se tornaram verdadeiras prisões repletas de dissidentes políticos considerados inimigos do poder

(Arfouilloux, 1976).

*“O simulacro de tratamentos, por meios violentos e opressivos, dos enfermos mentais, formas de expressão de antigas rejeições e preconceitos ligados à loucura, ainda evidentes até hoje, nas convulsoterapias cardizólica e elétrica, nas terapias pelo choque febril e, mais recentemente, mediante a psicocirurgia ou a impregnação por derivados da butirofenona (verdadeira camisa de força química) [...] agressões, intituladas curas” (Arruda, 1995, p. 19-20).*

O ideário preventivo/comunitário também promoveu suas normatizações sociais, ao relacionar saúde e saúde mental à adaptação social e contribuir para uma psiquiatrização da vida (Birman e Costa, 1994).

O conceito de Saúde Mental, emergente e tido como novo objeto da psiquiatria, era claramente eugenista e o programa de Caplan apoiado em concepções das doenças mentais associadas à inadaptação e desajustamento social, sendo possível a reversão dos quadros com intervenções comunitárias que garantissem o ajustamento saudável, inclusive visando o aprimoramento genético da população (Tenório, 2002).

Os movimentos pelos direitos nos EUA e pela economia das despesas públicas, ambas nos anos 60, produziram o apoio da sociedade para o esvaziamento dos manicômios, mas como a finalidade era econômica, os pacientes foram esquecidos em seus direitos e necessidades, algo que justamente caracteriza a reprodução da psiquiatria, com a construção de serviços pobres e abandonadores (Saraceno, 2001).

Também as comunidades terapêuticas não proporcionaram transformações estruturais no modelo vigente e os manicômios privados acabaram utilizando-as como propaganda para sua própria multiplicação, como experiências intra-hospitalares que demonstravam o quanto os hospitais eram capazes de se reinventar e incorporar novas práticas, embora na verdade não deixassem de serem conservadores (Delgado, 1992).

“Ou se é cúmplice ou se age e destrói” (Basaglia, 2001, p. 10), e assim as comunidades terapêuticas foram experiências intramuros que não propuseram ou confluíram para uma crítica mais estrutural do modelo manicomial, utilizadas pelos manicômios para perpetuarem seus métodos tradicionais e autoritários (Teixeira, 1993).

"A hipótese de crítica ao manicômio não é somente uma hipótese filantrópica (humanizar o cenário desumano), mas uma hipótese técnica e científica (transformar a interdição do tratamento em possibilidade de tratamento)" (Saraceno, 2001, p. 69).

“O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que os sustentam, levando-os a uma crítica da neutralidade científica, que

atua como sustentáculo dos valores dominantes” (Basaglia, 2001, p. 9).

Psiquiatria e manicômio estão entrelaçados desde os seus nascimentos e ambos reproduzem suas ideologias e exercem suas coerções e violências (Saraceno, 2001).

Na reforma psiquiátrica o cuidado deve estender-se para além da clínica, no território onde o utente encontra as dificuldades diárias e concretas (Tenório, 2002). Foi assim que surgiu o termo 'clínica ampliada' na reforma psiquiátrica, em busca de superar a clínica tradicional (Tenório, 1995; Leal, 2000).

Segundo Saraceno (2001), "a terapêutica e a clínica por si só não geraram transformações significativas das vidas dos pacientes" (p. 17), pois o que a psiquiatria faz é somente entretê-los continuamente através de medicamentos, conversas, tratamentos, atividades recreativas e/ou criativas, dentro dos serviços e no seio da própria família, para que o tempo assim vá passando, a espera da cura, da morte ou do agravamento do quadro clínico do paciente, sendo então necessária a desconstrução deste entretenimento diário e sua substituição por práticas que realmente contribuam para o desenvolvimento e a transformação da vida das pessoas (Saraceno, 2001).

A expressão ‘campo terapêutico em expansão’ foi utilizada por Goldberg (1994), para pressupor um cuidado que vá além da observação, classificação, sistematização e eliminação de sintomas, e guie-se por uma percepção global e integral sobre o fenômeno da loucura, em suas dimensões subjetivas, concretas ou relacionais, estando a doença mental interligada a essa totalidade que é a experiência do viver.

Saraceno (2001) debruça-se sobre a noção de reabilitação, advinda no início dos anos 90 com o surgimento de propostas, promoção de estudos e aumento de publicações sobre saúde mental, que implica mudanças nas dinâmicas sociais, culturais e econômicas "que influenciam as condições de vida dos doentes mentais em medida certamente maior do que tenham conseguido fazer as descobertas da psiquiatria" (p. 22).

É preciso que o cuidado em saúde mental referencie a pessoa cotidianamente, permeie suas relações sociais e torne-se uma sustentação diária a ela, ampliando-se consideravelmente (Tenório, 2002). Uma teoria e prática em busca de recursos que potencializem as pessoas, sua reabilitação, cidadania e direitos (Saraceno, 2001).

Segundo Basaglia (2001), a derrubada das barreiras manicomiais construídas através dos séculos “não depende exclusivamente do pessoal, da equipe médica, mas do conjunto da comunidade [...] inclusive os pacientes dos setores abertos” (p. 56).

Essa trajetória vivida pelas sociedades europeias centrais na relação com a loucura, seus conceitos, discursos e práticas, viriam a influenciar diversos países em todo mundo,

como o Brasil, também marcado por uma história de abandono, encarceramento e a posterior crítica às estruturas manicomiais, com a busca pelos direitos, liberdade e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.





## **4. Aspectos Históricos das Concepções, Práticas e Papéis Sociais da Loucura no Brasil**

### **4.1. Um breve panorama pré-manicomial**

Do período colonial no Brasil, segundo Cunha Lopes (*in* Arruda, 1995), dentre os que para as terras virgens do novo mundo foram encaminhados, gente perturbadora da ordem na corte, criminosos sentenciados ou degredados, “estavam as anormalidades da conduta e doenças mentais, que exigiriam cuidados médicos e assistência social, que não iriam, de forma alguma, encontrar” (p. 11).

Resende (1987) parte do pressuposto que no Brasil colônia seguia-se a tendência das nações colonizadoras, onde aos loucos e pobres se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, desde que não fossem considerados perigosos para a sociedade.

Assim, “não houve nenhuma política ou prática que no período colonial se dirigisse a proteção da saúde e a assistência médico-social do colono, do índio e, depois, dos escravos e, muito menos, no terreno da loucura” (Arruda, 1995, p. 12).

As populações tradicionais por certo possuíam práticas no lidar com o fenômeno que chamamos ‘loucura’, porém, apesar dos registros deixados por antropólogos e viajantes à época, dentre outros, há pouca sistematização desses conhecimentos.

Segundo Resende (1987), embora já existissem Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade no Brasil desde o século XVI, que abrigavam indivíduos dos mais variados grupos sociais excluídos, elas não acolhiam os loucos. Esses indivíduos, considerados inaptos, indisciplinados, imorais ou loucos, desde a fundação do Hospital Geral, em 1652, foram mantidos fora do convívio social (Oliveira, 2011).

No máximo aos loucos era dada comida e vestimenta, viviam nas ruas ou jogados nos porões das Santas Casas (Resende, 1987), sem serviços específicos ou aparato assistencial psiquiátrico. O louco era considerado um excêntrico, um exótico, objeto de chacota, porém, tolerado pela população, mesmo que como vagabundo ou bufão, sem que houvesse a necessidade de um tratamento médico (Arruda, 1995).

Em 1808 chega ao Brasil a foragida corte portuguesa, em fuga das tropas napoleônicas em expansão territorial pelas terras portuguesas, dentre outras.

Enquanto os loucos agitados eram presos nas cadeias e acorrentados, os de famílias abastadas eram mantidos presos em casa, ou também podiam ser enviados para a Europa, e já

os pobres vagavam pelas aldeias e cidades, dependentes de caridade em meio a desnutrição e as chacotas alheias (Moreira *in* Arruda, 1995).

Após se formarem, os médicos brasileiros iam às faculdades europeias continuar os estudos e Coimbra era o destino principal até fins do século XVIII (Kury, 1990), sendo a prática médica brasileira fraca e não articulada e, criadas em 1808, havia apenas duas escolas de medicina e cirurgia no Brasil, que posteriormente foram transformadas em Academias Médico-Cirúrgicas (Edler *et al.*, 2001).

Aqueles que estudavam na Universidade de Coimbra ocupavam os cargos de físico e cirurgião-mor no Brasil e formavam os médicos brasileiros. Esse empoderamento, em meio ao processo de independência do país, também potencializava esses brasileiros e seus formandos a darem cada vez mais vazão a certo movimento antilusitano, que ia ao encontro da luta para que as instituições públicas não estivessem exclusivamente sob o controle do reino, mas dirigidas por brasileiros (Fernandes, 2004).

Já a partir do século XIX as faculdades francesas passaram a ser as mais procuradas, principalmente a Universidade de Paris, que gradativamente tornou-se a maior referência em muitos países (Kury, 1990). O início da independência das escolas brasileiras em relação à Universidade de Coimbra, bem como seus processos de formação e a aproximação à Faculdade de Medicina de Paris, deu-se a partir de 1830 com a reorganização do ensino médico no Brasil (Fernandes, 2004).

Em meio a um contexto de desordem, como na Europa, somente no século XIX a loucura foi definida como doença mental no Brasil, sob a influência do modelo biológico europeu e que igualmente culminou em concepções de periculosidade da loucura, passível de rejeição, preconceitos e isolamento, encarcerados com outros renegados, tais quais criminosos, vagabundos e mendigos, e tendo um grupo de médicos higienistas exigido a adoção de medidas de saúde pública por parte do império (Resende, 1987; Arruda, 1995).

No contexto da independência do Brasil em 1822, muitas coisas já haviam acontecido em relação à loucura: Pintel libertado os loucos das correntes e empreendido suas práticas, a Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos, a assistência pública tida como digna de legislação e regulamentações, inclusive tendo hospitais psiquiátricos na Europa já sido fechados devido as suas más condições (Arruda, 1995).

Mas ainda usavam métodos primários para a loucura, como a "gaiola dos doidos, celas com grades, quartos fortes, correntes, colarinhos de ferro, manoplas duplas, interligadas, camisas-de-força, cadeiras giratórias, cama giratória, quartos escuros para isolamento e vigilância permanente na torre dos loucos" (Arruda, 1995, p. 19).

Em um contexto de busca por construção de um projeto de nação para o Brasil, sob as influências de concepções e políticas civilizatórias, conclamava-se a busca por uma medicina verdadeiramente brasileira, em um país independente e livre, embora, mesmo tendo participado das manifestações a elite médica brasileira, o ensino médico enfrentava dificuldades para a sua regulamentação e reformulação (Fernandes, 2004).

Segundo Arruda (1995), "a terapia era, então, a da sangria, ventosas, benzeduras, passes fetichistas ou beberagens de ervateiros e charlatães" (p. 13), embora os autores humanistas na Europa já houvessem empreendido transformações renovadoras nesta área, 'a primeira revolução da psiquiatria', com críticas ao satanismo, à demonologia e novas propostas para um tratamento da loucura (Arruda, 1995).

Sob a influência da academia francesa, a academia de medicina no Brasil originou-se logo após a conquista da independência, em um contexto em que diversas outras instituições foram fundadas "com o propósito de criar uma estrutura institucional que aproximasse o Brasil das modernas nações europeias" (Kury, 1990, p. 105).

Segundo Arruda (1995), ainda utilizava-se práticas como o tronco e o flagelo, e em 1839, sob o slogan 'Aos Loucos, O Hospício', foi lançada a proposta de construção de um hospício, termo que, tanto no Brasil quanto na Europa, de forma pejorativa, significava 'casa de loucos'.

## **4.2.Fundação e proliferação dos hospícios no Brasil**

O advento dos primeiros manicômios no Brasil está associado à existência de um perigoso inimigo comum, o louco, para o qual se fazia urgentemente necessário empreender ações que viessem por fim ao medo coletivo da ameaça à ordem e à paz social que ele trazia através de seus comportamentos e de sua própria existência.

Segundo Arruda (1995), tendo sido nomeado o Prof<sup>o</sup> Cruz Jobin como médico alienista, o primeiro no país, foi inaugurado o hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, o primeiro do Brasil, instituição batizada com o próprio nome do imperador e administrada inicialmente pela Santa Casa de Misericórdia (Resende, 1987), não havendo ainda apropriação médico psiquiátrica da direção, como já se dava na Europa.

O estatuto do hospício foi baseado na lei francesa de 1838, que outorgava ao Estado o poder sobre a internação, sob o prisma da vigilância e do tratamento moral. A obra de Esquirol e Pinel, símbolo de uma psiquiatria humanitária, foram referências para os autores e

arquitetos brasileiros, na forma panopticon, como nas penitenciárias, com torre de vigilância, corredores com celas e grades, que eram individuais de início, mas depois se tornaram coletivas e superlotadas, descaracterizaram-se em relação ao projeto inicial, voltando-se mais para a repressão, coerção e controle (Arruda, 1995).

A fundação do Hospício D. Pedro II inicia igualmente a institucionalização da loucura no Brasil sob o desígnio de doença mental, sujeita a imposição das internações e assistência por parte do Estado (Medeiros, 1983). Para o hospício eram enviados indivíduos que não possuíam família ou que de alguma forma a prejudicava, os que transgrediam princípios morais estabelecidos, ou ainda os que sofriam de paixões, seguindo-se as influências diagnósticas pinelianas (Moreno e Alecanstre, 2003).

Em 1858 J. R. Vieira da Silva em sua tese 'Tratamento das Moléstias Mentais', admite o uso de métodos restritivos na referida instituição, tais quais o uso do chamado cautério, que evocava medo nos pacientes, além do isolamento na cela, uso de camisa de força, colete de força, privação de visitas e passeios, a diminuição de alimentos, os banhos de emborcação (mergulhos da cabeça do doente em tanques com água), sendo alguns desses métodos já descritos por Kraepelin, dentre outros (Arruda, 1995).

"Nas ruas a presença de doidos se fará notar pelos seus grotescos andrajos, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes" (Resende, 1987, p. 35), dentre outros cidadãos que "passavam ao largo, apressados, para não verem ou ouvirem os loucos agarrados às grades de ferro, gritando e gesticulando" (Arruda, 1995, p. 26). Surgem "denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica" (p. 39).

*"Muitas pessoas tinham o hábito de verem o espetáculo dos loucos fazerem palhaçadas; exibirem seus delírios e dizerem sandices; de se divertirem com o lado grotesco daquela tragédia humana; de fazerem o louco objeto de irrisão e de ignorância [...] repetia-se, entre nós, o que ocorria, então, no Hospice de la Salpêtrière" (Arruda, 1995, p. 27).*

À saúde em geral, mas não à doença mental, já havia preocupação com desinfecção de ambientes nos hospitais que praticavam o isolamento (Fernandes, 2004).

Segundo Arruda (1995), o ensino de psiquiatria no Brasil iniciou-se mais cedo que em muitos países do velho continente, sendo prova disso a criação da cadeira de psiquiatria, em 1881, na Academia Imperial de Medicina.

Sob a influência do darwinismo social e seu impulso normativo e moralizador, nasce o

movimento social e científico da eugenia, a partir de 1880, primeiramente nos países centrais europeus, mas posteriormente em outros, onde são fundadas sociedades eugênicas para disseminar suas ideias, como por exemplo, o controle social que deveria ser efetuado sob a responsabilidade e investimento do Estado (Vasconcelos, 2008a).

No Brasil, são apontados os vícios e corrupções de uma sociedade recém saída da escravidão, culpabilizada pelo advento e proliferação das doenças (Silva, 2009). Segundo Engel (1999), o ‘racismo científico’ aparecia no determinismo relacional entre doença mental e raça/cor, amplamente utilizado pelos alienistas. Negros e mestiços eram considerados inferiores, mais vulneráveis ou propensos à loucura por serem degenerados, com menor capacidade de adaptação e enfrentamento das contingências do meio, fadados a não evolução, pois gastariam menos o cérebro que os brancos, como na obra do psiquiatra Henrique Roxo (1904), ou ainda, na relação loucura e crime, em Nina Rodrigues, um dos expoentes da nascente psiquiatria brasileira, da medicina legal e da antropologia, disciplinas entrelaçadas na época (Moreira, 1908).

Segundo Arruda (1995), nomes importantes do contexto da assistência no Brasil protestaram e denunciaram este cenário, preconizando "mudanças radicais nos modos de tratar e assistir os enfermos mentais e a separação do Hospício da Santa Casa e a entrega total do mesmo à administração do Estado" (p. 27).

O escritor brasileiro Machado de Assis (1977), no conto ‘O Alienista’, de 1882, ironiza a ciência e a psiquiatria ao discorrer sobre a loucura, que aparece não só no louco e no asilo, mas nas relações cotidianas e na sociedade, inclusive na política e no próprio médico. Reflete criticamente os supostos saberes científicos e as fronteiras normal/patológico e loucura/razão. Vários psiquiatras à época rotularam Assis com noções eugênicas, relacionadas à degenerescência, e descreveram sua personalidade e seus comportamentos como patológicos (Lima, 2009).

Muitos artistas, escritores e intelectuais brasileiros abordaram a ‘loucura’ através das décadas, tendo alguns deles inclusive vivido o cárcere, como por exemplo, Lima Barreto (Cemitério dos Vivos - 1919), Rocha Pombo (No Hospício - 1905), Austragésilo Carrano (Canto dos Malditos - 1990) e Stela do Patrocínio (Reino dos Bichos e dos Animais é o Meu Nome - 2001).

Segundo Arruda (1995), Teixeira Brandão, já um crítico em defesa dos doentes mentais, manifestava que “não deveriam ser objeto de curiosidade, de risos e chacotas, nem devem estar sujeitos a situações constrangedoras” (p. 28), e em 1886 publica o primeiro trabalho sob uma perspectiva medicossocial no Brasil, e denunciou a situação do Hospício D.

Pedro II, em que os "loucos agitados eram metidos em caixas de madeira, onde permaneciam nus e expostos a intempéries [...] esses caixões lembravam, de perto, os cestos (Korbe) já denunciados por Heinroth, na Alemanha" (p. 28).

No Brasil, segundo Resende (1987), a proclamação da república em 1889 foi um marco para a psiquiatria, trouxe a transição do empírico para o científico, da classe médica como porta voz do Estado e controladora dos hospitais, agora laicos.

A Academia Imperial de Medicina passou a chamar-se Academia Nacional de Medicina (Fernandes, 2004) e o Hospício D. Pedro II, Hospital Nacional de Alienados e, posteriormente, Hospital Nacional de Psicopatas (Arruda, 1995).

Ocorre em Washington, em 1889/1890, a Primeira Conferência Internacional Americana, grande contributo à Saúde em termos continentais nas Américas. Cria-se uma oficina que depois viria a chamar-se União Pan-americana (Paiva, 2006), também tendo influenciado a república a impulsionar à integração nacional (Sá, 2009).

Já havia lutas pela reforma sanitária no país, sendo que diversos autores eugenistas contribuíram na busca da estruturação mais ampla das políticas de saúde e sua vinculação com a construção de um projeto Brasil Nação (Paiva, 2006).

Buscava-se um novo país, original em suas especificidades, mas entregue à ciência dos centros tidos desenvolvidos, para integrar o roll dos ditos civilizados a partir da superação do passado colonial relacionado ao atraso (Silva, 2009).

Também houve a primeira fiscalização a um hospício, embora este não fosse propriamente destinado aos loucos, mas para doentes de outras patologias, tendo o tema 'isolamento nosocomial' sido amplamente pautado na Academia de Medicina, onde foi criada uma comissão em 1891 para vistoriar a citada instituição, que conseqüentemente foi fechada. Os relatórios acusavam a precariedade das condições dos doentes em instalações que não satisfaziam a necessidade do isolamento, ocupando às vezes dois doentes um só leito (Lacerda *in* Fernandes, 2004).

Segundo Sampaio (1988), na primeira metade do século XX a psiquiatria buscava firmar-se como especialidade médica reconhecida pela sociedade e o hospital psiquiátrico lugar natural de tratamento da loucura, para além de sua tradicional função de custódia, o que introduziu técnicas terapêuticas da psiquiatria biológica, como o choque cardiazólico, as psicocirurgias, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia.

Simultânea à ascensão de Oswaldo Cruz no controle da saúde pública do país, o presidente Rodrigues Alves, em 1903, outorga a Juliano Moreira a direção da assistência a alienados do Hospício Nacional (Resende, 1987), não mais anexado à Santa Casa, mas

governamental e laico (Arruda, 1995).

"A saúde pública e a psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundice e a morinha, os focos de infecção que eram os cortiços e o foco de desordem que eram os sem-trabalho" (Resende, 1987, p. 45).

Com os anos intensificava-se a propaganda e políticas públicas eugênicas (Vasconcelos, 2008a), bem como os discursos que apontavam à insuficiência do asilo, com a busca de alternativas que o tornasse mais eficaz, como o modelo das colônias agrícolas (Tenório, 2002), por exemplo, o Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, com capacidade para 200 leitos, mas que pouco tempo depois estaria superlotado, em condições desumanas, tal que tem sido comparado aos campos de concentração e ao holocausto contra os judeus (Arbex, 2013).

Segundo Silva (2009), houve também rebeliões populares, como a Revolta da Vacina em 1904, em meio às ordens de despejo e demolição dos cortiços que eram impetradas pelo projeto urbanístico modernizante, higienista e eurocêntrico.

O sanitarista brasileiro Osvaldo Cruz frequentou muitos espaços internacionais relacionados aos temas higienistas e da saúde no início de século XX, a fim de promover no Brasil o mesmo viés de políticas (Cokierman *in* Silva, 2009). No Brasil, então influenciado pela escola germânica, Afrânio Peixoto tornou-se referência ao debruçar-se sobre o tema 'loucura maníaco-depressiva', em 1905 (Birman, 2010).

Porém, foi Juliano Moreira quem redirecionou a assistência psiquiátrica no país, sistematizou o paradigma Kraepeliniano na psiquiatria brasileira e tornou hegemônica a tradição alemã ao assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados (Birman, 2010). De fato é ele quem funda efetivamente a psiquiatria no Brasil (Portocarrero, 2002; Venâncio e Carvalho, 2005), eurocêntrica e europeizante, vista como caminho de redenção para o progresso, mas tida como inferior, pelos centros ditos civilizados, sob a égide cientificista e positivista pretensamente neutra e universal (Silva, 2009).

Mas Moreira, psiquiatra negro, baiano de Salvador, também combateu o racismo científico, relegando a outros fatores causais o advento das doenças, como o alcoolismo, a sífilis e as condições educacionais e sanitárias precárias (Venâncio 2004).

Assim, desde os anos 1880, as influências do alienismo no Brasil migraram da degenerescência de Morel à etiologia sistemática, positivista e organicista de Kraepelin, porém, sendo continuada a exclusão do louco, tido perigoso, sob o qual deveria recair práticas repressivas e com intenso controle, para proteção da sociedade (Birman, 2010).

As primeiras viagens médico científicas no Brasil iniciaram em 1906 pelo Instituto

Oswaldo Cruz, como a expedição de Arthur Neiva e Belisário Penna ao norte e nordeste em 1912, em que caracterizaram os sertanejos como doentes, isolados geográfica e culturalmente, analfabetos, pobres e com vocação para regredir (Sá, 2009).

Segundo Cokierman (*in* Silva, 2009), esses cientistas contraditoriamente tornavam-se colonizadores colonizados, que em busca de uma identidade para o país, o 'inventar o Brasil', viam o sertanejo com certa admiração pela figura do autêntico brasileiro, mas referenciados nas concepções e práticas europeias, tidas como universais e superiores às locais, projetavam neles um olhar imperial regido por toda sorte de condenações e repulsa, àquela gente destituída de sentimento de nacionalidade.

Neiva e Penna (*in* Sá, 2009) citaram a falta de médicos, os 'agentes de cura', para a maioria da população do sertão, e assim influenciaram intelectuais e profissionais de diversas áreas a evocar, como solução para o Brasil, o discurso da modernização e do progresso, com estradas para o sertão, pois elas 'levam de tudo, até a medicina'.

A criação da Liga das Nações em 1918 intensificou as relações comerciais intercontinentais e a fundação de serviços de saúde nacionais, pois as políticas de saúde até então eram apenas em vigilância sanitária em portos e capitais (Cueto, 2004).

Segundo Silva (2009), com os grandes centros brasileiros em expansão para o interior e a serviço do capitalismo, os trópicos seriam os lugares propícios para surgir a civilização, amparada pela capacidade da ciência em redimir as populações sertanejas.

O Movimento de Higiene Mental iniciou-se nos EUA e disseminou-se por vários países, dentre eles o Brasil, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923 (Vasconcelos, 2008a). Influenciada pela ideologia europeia burguesa, meritocrática e estritamente ligada à exaltação do trabalho, "os ociosos e recalcitrantes, os inadaptados a nova ordem, foram jogados na categoria de antissociais" (Resende, 1987, p. 47). O ideário da higiene mental contemplava:

*"Transmissão hereditária das doenças mentais [...] combate ao alcoolismo e à sífilis nos adultos procriadores; a evitação da união conjugal dos indivíduos tarados; a segregação e esterilização dos degenerados; o saneamento racial, já que os indivíduos não brancos, amarelos e mestiços foram considerados patológicos em si mesmos; e de medidas atenuantes das práticas humanitárias das administrações públicas para com os grupos considerados degenerados"* (Vasconcelos, 2008a, p. 38).

Segundo Hamilton e Fonseca (2003), a ascensão de Getúlio Vargas na Revolução de 1930 foi um marco na coordenação estatal das ações de saúde em todo Brasil, com incentivo à industrialização e modernização, em substituição às oligarquias. Também, vinculada à



Educação, criou-se uma pasta ministerial para a Saúde Pública.

*"O ranço protecionista e alienizante oriundo da lei francesa de 1838, ainda evidente no decreto 24.559/1934 do Governo Brasileiro [...] que constituía um Conselho de Proteção aos Psicopatas, que incluía um Juiz de Orfãos, um Juiz de Menores, o Chefe de Polícia, um representante da Ordem dos Advogados, os Professores Catedráticos de Psiquiatria, Neurologia, Medicina Legal e Diretores-Psiquiatras de Serviços de Assistência e Profilaxia Mentais etc. Sem comentários" (Arruda, 1995, p. 71).*

Há uma "flexibilização dos mecanismos de internação" (Cunha *in* Vasconcelos, 2008a, p. 38) e os doentes levados para os mesmos lugares que outros grupos marginalizados, excluídos em hospitais e prisões, submetidos às laborterapias à base de trabalho intenso sob uma pretensa finalidade terapêutica de reeducação, mas que mais pareciam campos de trabalho forçado (Resende, 1987).

Os princípios da higiene mental visam uma ampliação do número de instituições manicomiais, asilos e colônias agrícolas, bem como a descentralização desses serviços, através da "reformulação do Dispositivo Institucional de Abordagem do Psicopata" (Cunha *in* Vasconcelos, 2008a, p. 38). E ainda:

*"A Criação de ambulatórios e dispensários psiquiátricos como serviços abertos para o público urbano; criação de clínicas de higiene mental, destinadas a tratar o homem comum, das famílias, visando a difusão dos hábitos sadios e revigorantes de ajustamento social [...] dispositivos de educação moral, do espírito e da disciplina interior; organização do processo de trabalho fabril, no sentido da racionalização do trabalho, de elaboração dos códigos sanitários, de instalações higiênicas, da difusão de ideias de família sadia e moralizada para os trabalhadores; criações de serviços e programas especiais para alcoolismo, dependência química, sífilis e outras doenças venéreas, controle do crime, da prostituição e do jogo" (Cunha *in* Vasconcelos, 2008a, p. 38).*

Segundo Arruda (1995), entre 1941 e 1954, Adauto Botelho, discípulo de Juliano Moreira, comandou o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) (Beça, 1981), "responsável pelas construções, reformas e bom funcionamento de todos os hospitais psiquiátricos federais dos Estados do Brasil, exceto daqueles que já administravam seus estabelecimentos psiquiátricos, como São Paulo" (p. 68).

Uma política asilar e macro-hospitalar/ pública, com relativamente poucos leitos privados. Eram, em 1941, 62 hospitais psiquiátricos no país, 23 públicos (37,1%), com 80,7% dos leitos; e 39 privados (62,9%) com 19,3% dos leitos (Sampaio, 1988).

Na defesa do asilo como instituição de prevenção que não deveria acabar enquanto houvesse doença mental (Medeiros, 1977), através do decreto-lei 8.550, de 1946, esses

gestores viabilizaram uma expansão considerável da rede de hospitais psiquiátricos, principalmente nosocômios hospitalares-colônias, a maioria geograficamente distantes dos centros das cidades e extremamente precários (Paulin e Turato, 2004).

Entre 1936 e 1956 foram utilizadas no Brasil a lobotomia e a leucotomia, chamadas psicocirurgias, intervenções com desligamento dos lobos encefálicos frontais, para mudar comportamentos ou curar (Masiero, 2003).

Dentre os inventores, europeus e estadunidenses, estavam os portugueses Almeida Lima (neurologista) e Sobral Cid (psiquiatra), além de, principalmente, Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949, pela criação da lobotomia, mesmo com as intensas críticas devido à periculosidade e caráter invasivo da sua invenção, altos índices de complicações pós-cirúrgicas e óbitos, tendo sido inclusive proibida em 1947 com a publicação do Código de Nuremberg, que tentava regulamentar e conter os abusos de experiências médicas em seres humanos na Segunda Guerra Mundial (Masiero, 2003).

As psicocirurgias foram então extintas na Europa, tendo contribuído o advento e a multiplicação dos psicofármacos nos tratamentos às doenças mentais, na década de 50 (Carpenter, 1978). Mas no Brasil foram mantidas, e sua baixa eficácia justificada com a má qualidade dos pacientes, sendo então necessário selecionar melhores perfis, os brancos, estrangeiros de países ricos, pessoas com melhor posição social, profissionais liberais e homens, em lugar de negros, mulheres e pobres, uma atitude classista, racista e sexista, com muitos pacientes submetidos a duas ou mais cirurgias (Masiero, 2003).

### **4.3. Cenários e experiências pré/pós Reforma Psiquiátrica**

O Código Brasileiro de Saúde de 1945 reconhecia a categoria hospital e condenava o uso de nomes como hospício, asilo, retiro ou recolhimento, neste palco montado para legitimar a psiquiatria e o hospital psiquiátrico (Paulin e Turato, 2004).

Gradativamente multiplicam-se os hospitais psiquiátricos privados e as casas de saúde psiquiátricas particulares, que passam a ser incorporadas aos institutos de aposentadoria e pensões nos anos 50 (Paulin e Turato, 2004), sendo este o início da institucionalização de trabalhadores em serviços psiquiátricos no Brasil.

Segundo Vasconcelos (2008a), na redemocratização dos anos 40, época eminentemente asilar, a alagoana Nise da Silveira obteve reconhecimento internacional ao

fazer críticas à psiquiatria convencional e seus métodos desumanizadores, tendo extrapolado “todos os parâmetros teóricos e da prática clínica de seu tempo [...] em ambiente diferenciado aberto, com atividades ocupacionais, profissionalizantes e principalmente artístico expressivo” (p. 72-73).

Ingressa com 16 anos em uma turma de 157 alunos de medicina, sendo a única mulher, fundou um novo método para um melhor lidar com as diferenças e a superação da visão do doente como inválido, respeitando-o em sua expressão e singularidade, sendo visto como humano e capaz de superar o seu sofrimento (Oliveira, 2011).

Estimulou a luta popular-democrática mais ampla e denunciou atrocidades cometidas nos manicômios, sendo perseguida e presa, vítima da repressão na ditadura militar de Getúlio Vargas, tendo o discurso psiquiátrico como forte elemento de controle e disciplinarização (Vasconcelos, 2008a; Oliveira, 2011).

Em 1944, na Conferência de Bretton Woods, o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) marcaram sua “atuação intensiva e com autoridade para definir orientações e condicionalidades de apoio financeiro ao projeto de desenvolvimento dos países em desenvolvimento” (Ribeiro, 2015, p. 1).

Em 1941 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde. Vargas deixa o poder em 45 e partidos se formaram para disputar as novas eleições nessa transição para a redemocratização do Brasil, na qual Juscelino Kubitschek impulsionou ainda mais a industrialização, a modernização e a urbanização nacional (Hamilton e Fonseca 2003).

Segundo Paulin e Turato (2004), “surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental” (p. 244).

A população vivia graves problemas sanitários e o hospital psiquiátrico basicamente era o lugar da exclusão da loucura, algo que efervescia debates relacionados à saúde, potencializados pelas diretrizes da OMS, sobre a defesa e a proteção da saúde do indivíduo pelo Estado, que geraram otimismo sanitário e consenso sobre a necessidade da criação do Ministério da Saúde, separado da pasta da Educação, o que se deu em 1953 (Hamilton e Fonseca 2003).

Mas, segundo Hamilton e Fonseca (2003), é difícil identificar nos anos 40 e 50 no Brasil grandes movimentos sociais na área da saúde, que reivindicassem do Estado melhoramentos sanitários, algo que tornava médicos e sanitaristas os protagonistas nas proposições das políticas de saúde, dando um caráter técnico a essa participação.

Segundo Arruda (1995), se por um lado "surgiram hospitais dia, comunidades

terapêuticas, serviços de urgência (pronto-socorro psiquiátrico) e, principalmente, se desenvolveram serviços de terapia ocupacional" (p. 66), por outro, treze anos de gestão Aduino Botelho frente à SINDM, com a crença popular da medicina e da ciência como redenção da humanidade no combate e erradicação das doenças (Garret, 1995), deixaram uma herança de dezesseis mil leitos psiquiátricos no país, sem que resolvesse ou reduzisse o caos da realidade vivida nos hospícios (Paulin e Turato, 2004).

*“O período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento de 24,9% dos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos” (Sampaio in Paulin e Turato, 2004, p. 245).*

Segundo Resende (1987), vemos uma curva ascendente intensa em termos de aumento de leitos em hospitais psiquiátricos privados no país, porém ainda numericamente minoritários, um quarto do montante. Já entre os anos 65 e 70, as internações em instituições conveniadas remuneradas pelo governo mais que dobrou, de quatorze para trinta mil, enquanto os manicômios públicos permaneceram iguais.

Clínicas privadas para classes populares e manicômios públicos possuíam quase exclusivamente uma clientela de "desempregados, migrantes, filhos de subempregados, pacientes portadores de patologias físicas, etc." (Delgado, 1987, p. 178).

Deu-se a "desativação do Hospital Nacional de Alienados" (Arruda, 1995, p. 66) e, em 62, um impulso preventivista gerou a resolução 'Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais', em que a previdência tentava descentralizar espaços asilares no sentido dos ambulatoriais, domiciliares, trabalhistas ou hospitais gerais. A resolução não se tornou uma realidade prática e concreta, ou se tornou apenas irrisoriamente (Paulin e Turato, 2004). Mas a psiquiatria comunitária e as comunidades terapêuticas, mesmo com limites e contradições, contribuíram para modelos que emergiriam nos anos 80, como a reforma psiquiátrica (Tenório, 2002).

Se nos anos 40 e 50 não havia ainda no Brasil grandes movimentos sociais, na década de 60, antes do golpe civil militar de 64, havia a busca pelas chamadas 'Reformas de Base', transformações estruturais da sociedade, que contava com intensa participação popular, sindical e de entidades de classe (Paulin e Turato, 2004).

Segundo Ribeiro (2006), havia um grande número de hospitais psiquiátricos até então e a média de internação era de 10 a 20 anos, com visível aumento da população de pacientes

moradores dessas instituições.

A ditadura civil militar pós 1964, direcionou as internações psiquiátricas radicalmente para a privatização da assistência em clínicas e hospitais conveniados (Tenório, 2002), uma prática capitalista-monopolista que rompeu com o movimento desenvolvimentista-populista e fortaleceu parcerias com setores acumuladores de capital (Oliveira et. al., 1986; Paulin e Turato, 2004).

Com estratégia de ampliação da cobertura previdenciária à população, o regime se legitimou perante grupos populares e excluídos, um ciclo em que o novo público seria atendido ou internado na crescente rede conveniada privada (Rezende, 1987).

A partir de 1966 o modelo médico-assistencial privatista foi ainda mais intensificado, um boom de terceirizações com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o sucateamento dos hospitais e serviços públicos utilizados para promover o hospital particular como melhor e, posteriormente, hospitais psiquiátricos privados e públicos estavam, de alguma forma, conveniados (Paulin e Turato, 2004). Um aparato assistencial calcado na "comercialização da doença mental cuja intensidade não encontra paralelo em outros países" (Delgado, 1987, p. 173).

Luiz Cerqueira (1984) chamou a privatização da assistência psiquiátrica de 'Indústria da Loucura', denunciou seus males e o acelerado crescimento de 20% de internos no país, entre os anos de 1965 e 1968, 60% na rede particular, mais da metade das pessoas como primeira internação e, destas, 84% na rede conveniada privada, sendo que quase metade seriam reinternadas, quase exclusivamente na rede particular.

Em 68 foi criada na Guanabara a 'Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos', que a partir de 1971 atuaria nacionalmente (Vaissman, 1983; Cerqueira, 1984). No relatório da comissão, sobre a Guanabara, constava que os serviços ambulatoriais precários somente produziam laudos para internar pacientes nos manicômios, tidos como única referência (Paulin e Turato, 2004).

Segundo Tenório (2002), as propostas de soluções foram no sentido da psiquiatria comunitária, para o redirecionamento da assistência para recursos extra-hospitalares e um programa mais amplo de intervenções, mais nas comunidades e menos nos hospitais psiquiátricos, tidos como instituições que segregam e cronificam.

Segundo Paulin e Turato (2004), a partir de 1968, no governo do ditador Costa e Silva, a articulação entre o regime e os setores privatistas da saúde manifestou-se mais intensamente, principalmente a partir da emergência de Leonel Miranda, um dos grandes proprietários de leitos psiquiátricos do país, ao posto de Ministro da Saúde.

Houve assim uma expansão considerável dos leitos em hospitais psiquiátricos conveniados, tendo o Sr. Leonel, inclusive, formulado o 'Plano Nacional de Saúde', que previa a privatização extrema da assistência, cabendo ao Estado apenas financiar a rede privada, e não tendo sido concretizado, graças à oposição da sociedade civil e de setores de trabalhadores do INPS (Paulin e Turato, 2004).

Já havia encontros informais em congressos oficiais de psiquiatria e psicologia, de profissionais por uma psiquiatria reformada no país (Vasconcelos, 2008b), e alguns gestores também já se preocupavam com as internações prolongadas (Ribeiro, 2006).

Em meio a um cenário altamente privatizante, surgiram normas e portarias oficiais com propostas comunitárias nos anos 1970 (Paulin e Turato, 2004), influenciadas por experiências internacionais na Inglaterra e nos Estados Unidos, que promoveram a chegada da primeira Comunidade Terapêutica, o qual influenciaria outras capitais a criarem projetos parecidos em hospitais psiquiátricos (Vasconcelos, 2008a), e a seu modo tentaram reagir às estruturas tradicionais asilares propondo transformações no dia a dia das atividades terapêuticas e relações intra-hospitalares (Teixeira, 1993).

O 'Plano Decenal de Saúde para as Américas', de 72, foi também protagonizado pelo MS, como desdobramento das recomendações preventivistas da OPAS e da OMS (Paulin e Turato, 2004). Foi lançado no Brasil o 'Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica', que fixava de vez como referência a psiquiatria comunitária (Vaissman, 1983; Cerqueira, 1984), bem como a portaria 32 do MS em 1974 e as Declarações de Princípios da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (Medeiros, 1977).

Segundo Paulin e Turato (2004), essas iniciativas reverberaram na produção de diretrizes de integração, regionalização e descentralização, bem como na busca pela formação de trabalhadores e equipes multiprofissionais no Brasil, para que o paciente voltasse a sua vida normal, o quanto antes, por meio de serviços extra-hospitalares que deveriam existir próximos das casas das pessoas. A internação, se necessária, deveria ser preferencialmente em hospitais gerais, evitando serem em instituições com mais de 500 leitos e por mais de seis meses de duração, com reavaliação do paciente via junta médica após esse prazo, e em caso de alta, o tratamento deveria continuar pelas vias ambulatoriais, emergências, pensões ou lares protegidos.

Os hospitais psiquiátricos privados foram a grande oposição para que o manual saísse do papel, sendo o viés financeiro o principal dos interesses, muito mais que a questão das diferenças entre os modelos, pois o real problema era que os novos procedimentos reduziriam e fiscalizariam o fluxo e períodos de internações e restringiria o capital das instituições

asilares, além de expor sua ineficácia. O manual nunca saiu das intenções (Cerqueira, 1984) e o movimento da psiquiatria comunitária foi tido como fugaz e outra iniciativa apenas reformista na saúde mental do país (Tenório, 2002).

Com o fim do ‘milagre econômico’, o governo do ditador Ernesto Geisel vivia uma enorme crise em 1974, que precarizou mais a vida da população e as políticas públicas sociais, tendo como um dos desdobramentos a desvalorização da assistência psiquiátrica, não mais tida como prioridade (Paulin e Turato, 2004). Em 1971, 8,24% das despesas em assistência médica do INPS era para a assistência psiquiátrica, índice reduzido em 1974 para 5,73%, e 4,25% no início da década de 80 (Rezende, 1987).

Iniciativas da gestão que buscavam diminuir as burocracias e otimizar a assistência, geravam imensas fraudes por parte dos hospitais psiquiátricos, como no caso da portaria 39, de 1974, a partir da qual podiam atender diretamente os cidadãos, sem um controle público das internações, então geravam propositalmente números bem mais elevados de serviços prestados, nem sempre necessários, que recaíram sobre os cofres públicos e fez com que dois anos houvesse um grande déficit de recursos da previdência (Beça, 1981).

*“A situação da assistência psiquiátrica no país, na época, apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades” (Paulin e Turato, 2004, p. 250).*

A VI Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1977 na capital Brasília, e segundo Paulin e Turato (2004), a partir dela tentou-se retomar a psiquiatria comunitária como diretriz para nortear as políticas públicas.

O Ministério da Saúde lançou o Plano Integrado de Saúde Mental (Pisam), para o atendimento do doente mental em centros de saúde e a nível primário. Porém, o programa não atingiu o público dos hospitais psiquiátricos e, em meio a intensas críticas do setor privado, foi fechado pouco depois (Paulin e Turato, 2004).

Intensificaram-se as pressões da sociedade brasileira pela redemocratização do país, reivindicações econômicas e de participação popular ampla (Amarante, 1995; Vasconcelos, 2008a; Vasconcelos, 2008b) e emergiram denúncias à política de privatização da saúde do governo federal, de fraudes no sistema de financiamento dos serviços e críticas à ineficiência e violência dos hospícios (Tenório, 2002).

*“Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência e mobilização de movimentos sociais populares geram processos de afirmação dos direitos civis e políticos, particularmente para os inseridos nas chamadas instituições totais, e estimulam a formação de movimentos sociais diretamente no campo da saúde mental” (Vasconcelos, 2008a, p.71-72).*

O termo ‘Reforma Sanitária’ foi utilizado no Brasil referenciado na reforma sanitária italiana, nos debates que antecederam a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, com 50% de utentes da saúde (Fiocruz, 2013).

Segundo Amarante (2009), tendo como principal protagonista o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o início da reforma psiquiátrica no Brasil foi entre 1978 e 1980, a partir da greve de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), um complexo de serviços asilares no Rio de Janeiro. As reivindicações eram em torno de pautas trabalhistas, bem como denúncias de violações de direitos e a busca pela humanização dos manicômios.

Vasconcelos (2008b), o movimento ainda não possuía um projeto de substituição dos manicômios, o que não diminui sua importância, pois empreendeu reivindicações pela expansão dos serviços ambulatoriais, mesmo sem saber como organizá-los.

A greve foi iniciada por profissionais bolsistas, universitários ou graduados da saúde ou ciências sociais, muitos em cargos de chefia, que reivindicavam melhores condições de trabalho e recursos, sendo "frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas" (Amarante, 2009, p. 52).

Hospitais "foram identificados como verdadeiros campos de concentração" (Vasconcelos, 2008b, p. 32) e, não por acaso, "as questões da violência nas instituições asilares brasileiras estejam associadas à discussão sobre a defesa dos direitos de cidadania das classes populares" (Tundis e Costa, 1987, p. 10-11).

O MTSM passa a organizar encontros e promover debates que produziam conhecimentos e propostas a partir das perspectivas dos trabalhadores da saúde mental, associações de classe e entidades de setores da sociedade (Amarante, 2009).

Em 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Congresso da Abertura, foi o primeiro em que movimentos sociais da saúde participaram "de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da ABP" (Amarante, 2009, p. 53-54). Assim, o Congresso da Abertura ganha caráter político-ideológico, sendo a crise da saúde mental vista como reflexo da situação geral (Amarante, 2009), com necessidade de "estratégia de longo prazo, que reformulasse radicalmente o modo como se entendia e realizava o cuidado psiquiátrico no país" (Delgado, 1987, p. 181).



O I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, luxuoso hotel no Rio de Janeiro, obteve presença dos principais mentores dos movimentos de contestação ao modelo manicomial, como a 'Rede de Alternativas à Psiquiatria', a Psiquiatria Democrática Italiana e a Antipsiquiatria. Basaglia denunciou o evento e a psicanálise como elitistas (Amarante, 2009). Das passagens de Basaglia pelo Brasil fez parte a sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena em 79, tendo desabafado a seguir na imprensa e dito ter estado em um campo de concentração nazista, tragédia que jamais havia visto e presenciado igual no mundo (Arbex, 2013).

Após quase todo ano de 1978 na mídia, a ascensão de outro movimento, o dos médicos residentes, com mais profissionais em seus quadros, faz o MTSM esvaziar-se, embora algumas lideranças atuem para que não desapareça (Amarante, 2009). Em 1979, com o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, iniciou-se uma organização dos trabalhadores fora do Estado (Venâncio *in* Amarante, 2009).

O movimento ganha uma amplitude de ideias e de visão das dimensões das lutas e das transformações sociais necessárias, sendo "aprovadas moções de liberdades democráticas, livre organização dos trabalhadores e estudantes, Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão" (MTSM *in* Amarante, 2009, p. 55).

Busca-se transformações que conduzam a outras possibilidades em termos de organização social (Vasconcelos, 2008a, p. 166) e, com a desinstitucionalização, mais que objetivos técnico-administrativos, se busca o "que poderíamos designar como a progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes mentais e aos seus conflitos" (Delgado, 1987, p. 184-185).

A Colônia Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, manicômios federais com trajetória de desrespeitos aos direitos humanos, começam a passar por experiências internas que visam uma maior democratização (Delgado, 1987).

Ocorreram outros encontros ao longo dos anos, surgiram propostas alternativas para possíveis trabalhos na assistência psiquiátrica, tendo sido discutida desde a doença mental e os problemas sociais às questões da privatização da medicina, condições de trabalho dos profissionais e "denúncias de inúmeras barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas" (Amarante, 2009, p. 56). Acirraram os conflitos entre as lideranças do MTSM e da ABP, pois o MTSM passou a ser considerado radical e crítico, mediante os caminhos que seguia (Amarante, 2009).

Denuncia-se "a indústria da loucura nos hospitais privados conveniados com o então

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)” (Vasconcelos, 2008b, p. 32) e inicia-se em 1980 o processo de 'Co-Gestão', entre o MS e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), uma nova modalidade de convênio que permitia que o MPAS atuasse não mais como comprador dos serviços do MS, como era com as clínicas privadas, mas participasse da administração do projeto institucional das unidades cogeridas (Vasconcelos, 2008b; Amarante, 2009, p. 58).

Segundo Leal (1994), os anos 80 introduziram militantes destacados do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica às gestões, que decidem “atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas” (Amarante, 2009, p. 58).

Segundo Vasconcelos (2008b), foi a co-gestão que abriu "espaço político para lideranças do MTSM implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos" (p. 33), bem como caminhos para o vindouro CONASP, um plano lançado para implementação de “ações integradas em saúde, que, passando pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), desaguaram mais tarde na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p. 33).

Mas a estratégia de ocupar cargos em órgãos estatais e promover mudanças a partir do trabalho interno às gestões dividiu o movimento, pois gerou a "cooptação das lideranças e do projeto do MTSM em espaços em instâncias consultivas e decisórias dos governos federal, estaduais e municipais" (Amarante, 2009, p. 58).

A institucionalização dos movimentos populares em saúde sempre foi discutida, gerando intensas discordâncias (Amarante, 2009), pois esses movimentos nascem dos problemas cotidianos e com organização inicial local. Alguns passam a agregar grandes massas, mas com a proposta de "ênfase nas relações pessoais, igualdade, cooperação, democracia direta e processo de decisão o mais consensual possível [...] em oposição às práticas hierárquicas e autoritárias" (Vasconcelos, 2008b, p. 234).

Segundo Amarante (2009), do MTSM, o primeiro movimento em saúde que propiciou em seus quadros a participação popular, participavam profissionais de todas as categorias, simpatizantes ou integrantes de outras lutas, sempre mais reconhecido como uma luta popular em saúde mental do que como movimento ou entidade.

Em 82 há o retorno de governos civis em alguns Estados e lideranças do MTSM adentram as Secretarias de Saúde para tentar influenciar políticas, racionalizar processos administrativos, moralizar manicômios e reter os enormes recursos financeiros a eles dispensados, para estruturar a rede ambulatorial (Vasconcelos, 2008b).

A partir do CONASP, os pareceres em assistência psiquiatria divulgados pelo Inamps,

em 1983, expuseram as mazelas da estrutura enraizada e os trâmites financeiros entre os governos e as instituições asilares privadas. Em 1982 houve suspensão das internações nos antigos pavilhões da Colônia Juliano Moreira (Tenório, 2002).

Segundo Tenório (2002), também nos anos 80, importantes para a tentativa de superação do paradigma monopolista manicomial e avanços no processo da reforma psiquiátrica brasileira, foram: a multiplicação da participação popular na luta pela reforma, as experiências bem sucedidas que se tornaram exemplos das possibilidades de cuidado além do asilo, e os avanços em termos de legislações que tentavam regulamentar e limitar os hospitais psiquiátricos e impulsionar a reforma psiquiátrica.

Em 1987 realizou-se o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que criou o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (Ribeiro, 2006).

Segundo Vasconcelos (2008a), o movimento sanitário pôs em prática algumas propostas da medicina comunitária, implementando-as em programas locais e regionais de saúde, algo que contribuiu para a criação das bases para o Sistema Único de Saúde.

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, onde entraram intensamente em cena novos atores, principalmente os pacientes, agora denominados usuários (no sentido de usarem o sistema de saúde), bem como seus familiares, organizados em associações e movimentos e no contato direto com os trabalhadores da saúde mental para a construção conjunta do cuidado, das políticas e das diretrizes, críticos aos manicômios, às bases da psiquiatria e ao sistema (Tenório, 2002).

O Movimento da Luta Antimanicomial contava com a participação massiva de usuários e familiares nos encontros e conferências, na busca por uma luta mais ampla para a transformação das formas de lidar e do lugar social da loucura, com propostas de substituição das instituições totais, mas indo além, mudar a lógica e a cultura manicomial presentes no cotidiano, nas mentalidades e na sociedade (Tenório, 2002).

A nova Constituição de 1988 consolidou os direitos de cidadania do doente, através da possibilidade das reformas sanitária e psiquiátrica (Machado, 2004, p. 484) e em 1989 foi proposto na Câmara dos Deputados o projeto de lei nº 3.657/89 (que 12 anos depois viria a ser a lei brasileira de reforma psiquiátrica) (Brasil, 2001).

O projeto era extremamente avançado, objetivo e explícito nas proibições de internações compulsórias sem que houvesse a notificação e o parecer legal de uma autoridade judiciária, bem como era incisivo quanto a não contratação governamental de novos leitos em hospitais psiquiátricos, com as divisas públicas devendo ser endereçadas à construção de uma rede substitutiva aos manicômios (Tenório, 2002).

A Declaração de Caracas em 1990, pela Organização Pan-americana de Saúde, direcionou os países americanos no sentido da gradativa substituição dos serviços asilares pelas redes psicossociais e contribuiu para que as legislações desses países passassem a ajustar-se de modo a assegurar os direitos humanos dos utentes e a promover a organização de serviços comunitários na saúde mental (OPAS, 1990).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 92, com a participação de 20% de delegados utentes e familiares, estabeleceu temas e conceitos importantes, oficialmente referendados pelo MS (Tenório, 2002), tais quais atenção integral, territorialidade, cidadania, direitos (inclusive do utente em decidir voluntariamente o desejo ou não à assistência e tratamento), questões legislativas, obrigações no cuidado e municipalização da rede (Brasil, 1994).

Essas iniciativas contribuíram para impulsionar a substituição do modelo manicomial, principalmente pela atuação dos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, integrados ao movimento sanitário (Vasconcelos, 2008b).

Neste viés, os Hospitais-Dia deveriam evitar internar em instituições asilares e possuíam estrutura para semi-internação de, no máximo, 45 dias, nos períodos de crise do paciente (Tenório, 2002). Depois vieram o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que passaram a obter financiamento público após regulamentação pelo Ministério da Saúde e integrados ao plano nacional de saúde pelas portarias 189 e 224, de 1991 e 1992, respectivamente, (Tenório, 2002).

“A sigla CAPS, é uma das muitas siglas que nomeiam a descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema público de saúde. A proposta é que cada um desses setores seja responsável por uma parcela das demandas da sociedade. Este é o conceito de Rede de Atenção Básica em Saúde de base comunitária, que foi instituído pelo governo brasileiro na década de 90” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 159).

Nos CAPS e NAPS, o usuário do serviço geralmente recebe cuidado de dia e volta para casa à noite, mas a depender da estrutura, o equipamento pode funcionar 24 horas por dia e sete dias por semana (Leal, 1994), com suporte para acolhimento das demandas em saúde mental, inclusive de internação, e com condições terapêuticas diferentes dos serviços ambulatoriais ou asilares (Goldberg, 1994).

Assim, tornou-se referência uma nova proposta, comunitária, regionalizada, aberta, com oferta de atividades terapêuticas, participação da família, dos próprios utentes e das equipes multiprofissionais, na noção de que todos devem estar implicados no cuidado, na ressocialização, na transformação e na cidadania (Tenório, 2002).

A partir de 1993, em cinco anos houve diminuição do número de hospitais psiquiátricos públicos (de 54 para 45) e privados (de 256 para 211), tendo então sido fechadas 57 instituições, majoritariamente na rede contratada, e reduzidos também o número de leitos asilares, de 85 para 62 mil, 20% públicos e 80% contratados (Alves, 1999). Mas no Brasil ainda havia 256 instituições com esse perfil, a lógica privatizante preponderava e os serviços substitutivos e redes psicossociais não estavam sendo construídas na mesma proporção e adequadamente de acordo com as demandas e as necessidades da população. Segundo o Ministério da Saúde, havia apenas 208 CAPS no Brasil em 1992 e somente 7% dos recursos destinados pelo governo à Saúde Mental eram empregados nesses serviços (Rosa e Vilhena, 2012).

Tenório (2002) revela que em 1996 a lógica de contratação de leitos privados mantinha-se, como no Rio de Janeiro, com 62 mil leitos em hospitais psiquiátricos mantidos pelo SUS, e deles, 80% no setor privado, com majoritariamente instituições que tinham nas internações pagas pelo governo, exclusivamente, sua fonte de renda.

Delgado (1997), ao constatar a redução de leitos de internação em hospitais psiquiátricos em 1997, alerta que não vinha sendo acompanhada na mesma proporção pela estruturação das redes psicossociais, como os CAPS e NAPS, insuficientes e muito abaixo da necessidade real da população. Diminuir leitos em hospitais psiquiátricos e na iniciativa privada é uma meta altamente positiva, mas precisa ser acompanhada pela construção e operacionalização concreta de alternativas substitutivas (Tenório, 2002).

“Com o advento da reforma psiquiátrica e a conseqüente redução drástica dos leitos manicomiais, foram 30 mil leitos a menos no período de 1992 a 2005” (Brasil, 2005, p. 37), “o Estado passa a ter um grave problema em suas mãos: dar conta do contingente populacional que estava encarcerado e controlado à base de psicotrópicos, amarras e câmaras escuras” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 158).

Pedro Gabriel Delgado (*in* Tenório, 2002) foi Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de 2000 a 2010. Em 1997, estipulava que o número necessário de serviços-dia da rede substitutiva comunitária para atender a população brasileira seria 1.600 CAPS e NAPS, embora, posteriormente, quando assumiu a gestão, reformulou sua perspectiva e a redimensionou para 750 serviços necessários.

Em 1997 destinava-se apenas 6,83% dos recursos da saúde mental à rede extra-hospitalar e, surpreendentes, 93,14% para serviços hospitalares (Brasil, 2005).

Sendo 1600 ou 750 serviços, na realidade brasileira grande parte da população encontrava-se sem a cobertura assistencial em saúde mental e, segundo dados do próprio

Delgado (*in* Tenório, 2002), no ano de 2001 havia irrisórios 275 serviços-dia no país, insuficiência continuada através dos anos, como em 2002, em que havia ainda 51.393 leitos psiquiátricos asilares (Câmara Hoje, 2013). Segundo Benedetto Saraceno (Formenti, 2009), diretor de saúde mental e abuso de substâncias da OMS, eram 424 CAPS (apenas), com 21% (somente) da população coberta por esses serviços.

Para ter-se noção do problema, a Portaria/GM nº 336 (Brasil, 2002d) define os CAPS por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência, referenciando quantitativa e qualitativamente como devem ser a estruturação e a distribuição desses serviços no território, nas categorias: CAPS I (para municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes); CAPS II (cidades com mais de 50.000 habitantes); e os CAPS III, CAPSi (Infantil) e CAPS AD (Álcool e Drogas) (para municípios com mais de 200.000 habitantes).

E a ideia posta por Delgado, mesmo aquela anterior a assumir a gestão, com referência de 1600 CAPS necessários, mostrou-se errônea, pois, segundo Saraceno, em 2009 existam 1.394 CAPS no Brasil e apenas pouco mais da metade da população brasileira possuía cobertura, 57% (Formenti, 2009; Câmara Hoje, 2013).

Constituiu-se “Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental” (Amarante, 2009, p. 56).

As portarias 106 e 1.220, do ano 2000, instituem os Serviços Residenciais Terapêuticos, que oferecem moradias assistidas na comunidade às pessoas egressas de manicômios, com arquitetura, espaço físico e mobiliário adequados para ressocializar pessoas institucionalizadas que não possuem família ou suporte social, tendo sofrido internações de longa duração (Brasil, 2000; Tenório, 2002). De 2000 a 2005 foram fundadas 317 SRTs, um salto de 40 para 357 no total (Brasil, 2005).

Os interesses da iniciativa privada são contrários à portaria 106, pois para cada paciente saído do hospital, deve deste ser descredenciado um leito, bem como as SRTs somente podem ser geridas pelo setor público, embora haja permissão para serem por entidades 'sem fins lucrativos' (Tenório, 2002), o que criou possibilidades da iniciativa privada apoderar-se dessas entidades e gerir SRTs e outros serviços substitutivos com financiamento público através de terceirizações, como é o caso das Organizações Sociais (OSs) ou instituições ‘filantrópicas’, massivamente financiadas, que faz com que o país ainda atue em uma lógica de não gestão pública dos serviços.

Segundo Paulin e Turato (2004), em 2001, 80% da receita para à saúde mental no Brasil era endereçada aos hospitais, enquanto apenas 20,46% não (Brasil, 2005). A lei 10.216

contribuiu para mudar essa realidade. Porém, em relação ao projeto original de 1989, foi amenizada com inúmeras alterações, não sendo tão incisiva em relação à proibição de contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, mas somente definir sua gradativa substituição por uma rede extra-hospitalar (Brasil, 2001; Tenório, 2002).

A Lei Federal 10.708, de 2003, instituiu um auxílio financeiro para as pessoas egressas de internações psiquiátricas em seu processo de reabilitação psicossocial e contribuiu para que, entre 2003 e 2005, fossem reduzidos 6227 leitos (Brasil, 2005).

Ainda existiam mais de 250 hospitais psiquiátricos no Brasil, em uma realidade trágica vivida pelos doentes, com a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, em 2001, tendo visitado clínicas e hospitais em sete Estados, constatou a situação deplorável da Saúde Mental no país (Câmara Agora, 2003).

Se a institucionalização havia deixado “de ser crítica solitária de alguns setores da psiquiatria brasileira, para tornar-se algo unanimemente condenado nos documentos oficiais” (Delgado, 1987, p. 172), e a reforma havia passado a ser também uma hegemonia, o Brasil estava longe de superar a estrutura manicomial, as instituições asilares não foram desconstruídas e ainda estavam/estão em todos os Estados.

Em 2004 foi lançado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), para reduzir de forma progressiva e pactuada os leitos em hospitais psiquiátricos a partir de 200 leitos, a cada ano, no mínimo e obrigatoriamente, 40 leitos em cada um desses hospitais (Brasil, 2005).

Embora inicialmente tenha desativado cerca de 2000 leitos, de forma contínua os objetivos não foram alcançados, quanto a redução planejada e acompanhada prevista, e a construção proporcional de alternativas no modelo comunitário, isso não aconteceu adequadamente e ainda 64% dos recursos estatais para a saúde mental era destinado aos hospitais e 36% aos serviços substitutivos (Brasil, 2005; Rosa e Vilhena, 2012).

Existiam no país 689 CAPS no ano de 2005, sendo destes, apenas 25 CAPS III, e havia ainda 42.076 leitos psiquiátricos, algo que, segundo o próprio Ministério da Saúde, “expressa o processo histórico de implementação nos Estados, de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Esta oferta hospitalar, em sua maioria de leitos privados (58% dos leitos em psiquiatria)” (Brasil, 2005, p. 11).

Saraceno aponta, em 2009, a necessidade do Brasil em melhorar sua rede de saúde mental, com a ampliação assistencial, combate à violação de direitos humanos, ampliação de leitos em hospitais gerais e redução nos psiquiátricos (Formenti, 2009). Em 2005 havia apenas 2.100 leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Brasil e o Ministério da Saúde

reconhecia a necessidade de ampliação (Brasil, 2005).

Outro problema é a lenta implantação dos CAPS III, que funcionam 24 horas e realizam internações de curta duração, e ainda não existem em todos os municípios acima de 200.000 habitantes, como desejável. Outros desafios são: acessibilidade, equidade, formação de recursos humanos, transformação cultural do estigma, inclusão social, desconstrução da valorização ao modelo hospitalocêntrico, debates sobre o papel dos meios de comunicação e a produção científica na área (Brasil, 2005).

O Brasil carece de um Plano Nacional Intersetorial para a Saúde Mental, pois reforma psiquiátrica não se faz somente com equipamentos e serviços, sendo que as transformações devem ser estruturais e permear o "conjunto de políticas, relações, representações culturais, leis e conhecimentos, que precisa ser desinstitucionalizado, e não apenas os estabelecimentos concretos" (Vaconcelos, 2008, p. 78).

*"A riqueza dos modelos e das subdisciplinas não corresponde a riqueza das respostas que são dadas às demandas dos pacientes [...] articulações teóricas, sofisticadas diagnósticas, abundância de modelos e tecnologias, por um lado e, por outro, a modéstia e a repetição das práticas terapêuticas assistenciais reais" (Saraceno, 2001, p. 20).*

Segundo Arruda (1995), no Brasil, país de imensas desigualdades entre regiões e pessoas, com muito desemprego, fome e miséria, intensifica-se o advento do sofrimento e do adoecimento populacional, algo que exige, antes de tudo, o trato de cunho social.

"A condição real da média dos pacientes psiquiátricos, internados ou não, em qualquer lugar do planeta é dramaticamente igual: violência e miséria nas instituições psiquiátricas totais, abandono e resposta farmacológica pesada, para pacientes assim chamados ambulatoriais" (Saraceno, 2001, p. 20).

Segundo Arruda (1995), um país como o Brasil, vasto e diverso, repleto de diversidade territorial, cultural, religiosa e cosmopolita, com gente de todo mundo a vivenciar sua cultura, faz-se necessária reflexão e prática regional e transcultural, sendo danoso à sociedade um modelo já arcaico que insiste em permanecer, tendente a agravar as condições de quem necessitar de assistência.

Se por um lado, em 2012, havia menos que 30 mil leitos em hospitais psiquiátricos (Câmara Hoje, 2013), por outro, a lógica asilar adquiriu novas roupagens, seja pelo financiamento escasso e sucateamento das redes psicossociais, tendo já sido utilizado o termo 'Capscômio' na recente bibliografia brasileira, seja com o ainda massivo financiamento à lógica asilar na saúde, privada e terceirizada, hoje, em muito, através das 'Organização



Sociais' e das Comunidades Terapêuticas, ditas instituições filantrópicas em sua maioria, mas “de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência” (Brasil, 2005, p. 40).

Segundo Saraceno (2001), embora tenham surgido experiências para a superação da psiquiatria institucional em diversos países pelo mundo, "pouco ou quase nada se modificou no interior da psiquiatria" (p. 15), sendo gradativamente silenciados os diferentes saberes e linguagens (Saraceno, 2001).

Segundo Tenório (2002), nessa “rigorosa inexistência, hoje apenas minorada, de dispositivos de assistência intensiva alternativos à internação, o sistema constitui um verdadeiro empuxo à internação, mesmo onde há boa-fé”.

Segundo Alves (1999), dos que acreditam que ‘o processo caminha’, estamos longe de superarmos a prevalência de práticas hospitalares de internação. Quem dirá a lógica asilar, que se reinventa continuamente.



## **5. A Região do ABC Paulista: História e Saúde, Manicômios e Reforma Psiquiátrica**

### **5.1. Industrialização e estruturação do poder médico farmacêutico na região de Grande ABC**

A Região do Grande ABC Paulista compõe a chamada ‘Grande São Paulo’, no Estado de São Paulo, Brasil, e é composta por sete cidades: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

No século XV, João Ramalho foi o primeiro português que lá esteve (Caldeira, 1937). Ao subir a serra na companhia dos nativos, fundou um povoado no planalto, antes de 1532, “a primeira povoação não litorânea do Brasil” (Cirlinas, 2007, p.15). O local foi transformado em uma vila em 1553, e assim nasceu a Vila de Santo André da Borda do Campo (Gaiarsa, 1968), extinta já a partir de 1560 (Cirlinas, 2007).

Santo André, destruídas suas muralhas, desprezível sua importância para o Brasil, quase desabitada, com monges beneditinos a acumular terras doadas por migrantes, e assim nasceram as fazendas de São Bernardo e São Caetano, que na época não consistiam sequer povoados (Cirlinas, 2007). Mas ocorreram movimentos rebeldes, como a busca para libertar-se do jugo dos portugueses (Gaiarsa, 1968).

Em 1776 o povoado de São Bernardo contava com 997 habitantes e 189 casas, incluindo os arredores. Décadas antes da independência a vida ainda era muito pobre na região e o comércio limitado ao transporte de mercadorias do reino (Gaiarsa, 1968).

A nascente industrialização foi impulsionada principalmente pela construção da estrada de ferro São Paulo Railway, inaugurada em 1867 e, portanto, antes do advento da república em 1889 e seu impulso industrial, comercial e de incorporação dos espaços afastados do interior do país, a construir canais, estradas e ferrovias (Sá, 2009).

A chegada da estrada de ferro culminou com o aumento da população nos arredores, nomeadamente nas estações de São Bernardo, São Caetano, Pilar (atual Mauá), Ribeirão Pires e Alto da Serra (atual Paranapiacaba) e, assim, a partir de 1877 foram essas antigas fazendas transformadas em núcleos coloniais (Cirlinas, 2007).

Em 1888, com a abolição da escravatura, cresceu muito a imigração de europeus para trabalhar, e em 1892 foi fundada a Società Di Mutuo Socorso Príncipe de Nápoles, “da

dificuldade enfrentada pelos italianos para sobreviver num lugar onde não existia qualquer tipo de assistência, principalmente médica” (Medici, 1993, p. 178).

Segundo Gaiarsa (1968), em 1889, com o início da república, a então freguesia de São Bernardo tornou-se município, que com 7276 habitantes abrangia toda a região em que hoje se situa o ABC, que pertencia a São Paulo até então.

Localização, baixos preços das terras e infraestrutura para o escoamento de produtos, tornaram-se atrativos para a crescente chegada de pessoas e indústrias na região, o que culminou com intensa industrialização e a instalação das maiores fábricas do país na transição do rural ao urbano entre os séculos XIX e XX (Cirlinas, 2007).

Certas famílias, donas dos recursos e meios de produção, como os Pamplona ou os Matarazzo (São Caetano), ou os Fláquer (Santo André), obtinham o poder econômico e as maiores indústrias. Greves já existiam. São Caetano, exemplo, era ainda apenas um bairro de São Bernardo e minimamente organizada em termos sociais e administrativos, sem energia elétrica nas casas, e passou a crescer rapidamente (Medici, 1993).

Muitos migrantes e imigrantes chegaram à região e foram importantes no processo de formação étnica das cidades, processo contínuo ao longo do século XX. Refugiados de guerra, pessoas vindas do leste europeu, operários especializados para atender as demandas das fábricas e camponeses do interior do Estado (Medici, 1993).

Muitos nordestinos migraram para São Paulo nas décadas seguintes, principalmente nos anos 30 e 40, um verdadeiro êxodo de pessoas, em busca de trabalho e melhores condições de vida. Instalavam-se na casa do imigrante e permaneciam para fazer exames, constatar e tratar doenças, e depois eram enviadas para realizar trabalhos de agricultura no interior do Estado ou vinham para o ABC, encaminhados às empresas interessadas nessa terra promissora em oportunidades (Medici, 1993).

A obra de Caldeira (1937) é uma fonte ímpar para refletirmos o otimismo desenvolvimentista na região nos anos 30. Ele enaltece proprietários, profissionais, produtos e estabelecimentos, com o objetivo de referenciar a população ao consumo e ao ideal urbanista/modernizante da época.

O ABC foi um dos mais importantes símbolos do projeto desenvolvimentista industrial brasileiro desta época. Crescia e se deparava com problemas estruturais do ‘progresso’, como a falta saneamento básico, principalmente às periferias, que demorariam a recebê-lo e gerava epidemias e proliferação de doenças (Medici, 1993).

Desenvolveu-se o comércio e a indústria química de produtos das áreas médica e farmacêutica, como a ‘Companhia Chimica Rhodia Brasileira S/A’, um marco e grande

símbolo do atrativo potencial desenvolvimentista do ABC na época. De capital francês, mas também com acionistas brasileiros (Gaiarsa, 1968), foi fundada em 1919, produzia "grande numero de artigos [...] productos chimico-industriaes, chimico-pharmaceuticos, essenciais em todos os typos", tornado-se "a maior indústria nacional [...] das famosas industrias chimico-pharmaceuticas do mundo" (Caldeira, 1937, s/p).

Segundo Caldeira (1937), o Departamento de Especialidades da Rhodia é "um dos que têm mais se desenvolvido [...] lançou e mantem no mercado mais de 70 especialidades pharmaceuticas de comprovada superioridade, largamente receitadas por todos os medicos do Brasil", e também editava duas revistas científicas, a 'Publicações Medicas' e a 'Publicações Pharmaceuticas', que produziam conhecimento e contribuía para a estruturação de uma cultura médico farmacêutica na região.

Em meio ao desenvolvimento do comércio e da industrialização de produtos médico farmacêuticos, nota-se a contínua chegada de profissionais especializados, formados em outras regiões, principalmente na capital São Paulo, em busca de oportunidades e empreendimentos em meio ao otimismo desenvolvimentista no ABC.

A primeira farmácia da região foi fundada em 1910, instalada e dirigida por um membro da família Fláquer. Em 1914, outro Fláquer fundou a primeira farmácia em São Caetano (Gaiarsa, 1991), que em 1920 obteve seu primeiro médico (Medici, 1993).

A segunda farmácia de Santo André foi fundada em 1916 (Gaiarsa, 1991) e, segundo Caldeira (1937), passou a pertencer em 1930 a um recente morador da cidade que havia chegado após formação na Escola de Pharmacia e Odontologia de São Paulo.

*"Estabelecimento movimentadissimo, contando com a cooperação de oito habeis auxiliares, dirigidos pessoalmente pelo proprietario, tem completo stok de drogas [...] perfumarias finas [...] entregando as encomendas a domicilio com a maior presteza [...] purrisimas drogas, adquiridas nas mais conceituadas drogarias da Capital" (Caldeira, 1937, s/p).*

O número significativo de funcionários e a referência que se torna para a população, sendo 'movimentadíssimo', sugerem a crescente disseminação dessa cultura referenciada na busca pela cura e no tratamento dos males através da ação de medicamentos e outros produtos médico farmacêuticos, bem como a multiplicação de serviços e estabelecimentos como esses na região.

Como a Pharmacia de Santo André, outras foram fundadas, dando vazão à implantação e desenvolvimento de uma rede de estabelecimentos e comercialização de medicamentos, a qual se multiplicou intensamente com os anos.

Em Ribeirão Pires a Pharmácia Santo Antônio foi a primeira. Como à época não havia lá hospital, funcionava como pronto socorro e alguns médicos ali prestavam serviços, sendo referência à população. Fioravante Zampol, que se tornaria prefeito de Santo André, ali trabalhava, embora sem completa formação pela Escola de Pharmácia e Odontologia de São Paulo. Também o Dr. Felício Laurito, o primeiro médico nascido em Ribeirão, igualmente se tornaria prefeito de Santo André (Cirlinas, 2007).

Esses personagens revelam-nos aspectos importantes dessa estruturação e intensificação do poder médico farmacêutico na região, seus entrelaçamentos com o poder e interesses políticos, manifestos explicitamente na ascensão desses agentes da nova saúde a importantes cargos de gestão, sendo Zampol e Laurito exemplos.

A primeira mulher farmacêutica na cidade de São Caetano foi a D. Diva Cassetari Grassa, que em 1932 se associou aos proprietários da Farmácia Europeia. Depois fundou uma nova farmácia em outro bairro que ainda não possuía estabelecimento do gênero, tendo tal pedido partido dos próprios moradores, pois lá o poder público assistia precariamente a população e, assim, a ‘Droga Nova’, acabava por atender gratuitamente as demandas de emergências, distribuindo aos habitantes, em alguns casos, amostras grátis de medicações vindas dos laboratórios (Garcia, 1998).

Vemos, no pedido dos moradores em meio a precarização da assistência, as já potencializadas concepções e representações desses conhecimentos ditos científicos que ganham status de efetividade na dinâmica incutida no constructo social e imaginário popular. A comunidade passa a se referenciar na iniciativa privada e nas especialidades médicas e farmacêuticas, para nelas depositar o ‘desejo de salvação’ em meio a ausência do Estado. Um ciclo vicioso tem início, no qual a ausência do público potencializa o privado, comercializador de produtos e serviços, com especialidades emergentes que serão cada vez mais legitimadas e reafirmadas como necessárias e como solução eficaz para os problemas de saúde, tendo ampliado seus poderes e espaços de atuação.

Também é possível nesta passagem percebermos um suposto ‘lobe’ para a construção e disseminação dessa nova ordem, com a D. Diva, comerciante revendedora dos produtos à população, a promover gratuitamente a distribuição de amostras de medicações a alguns clientes, como forma de angariar novos consumidores e expandir aquele específico tratamento medicamentoso, científico e industrial.

Também chegavam indústrias de médio porte no setor saúde, como em "1936 a firma Mayerá & Sales [...] fábrica para a produção de Catgut M. S., artigo que alcançou inteiro

sucesso, tendo larga aceitação nos hospitais de todo paiz". Era então utilizado para suturas cirúrgicas em hospitais, feito de tripa de carneiro (Caldeira, 1937).

O Dr. Victor Mayerá, ligado ao grupo Rotary e formado em 1927 na Faculdade de Medicina de São Paulo, fundou uma clínica obstétrica e cirúrgica geral, a primeira particular da região. Ele tornou-se Governador do Estado nos anos 50 (Gaiarsa, 1991).

A 'Casa de Saúde Mayerá Junior', inaugurada em 1933 "em amplo e confortavel edificio em Santo André", era na época a "unica casa de saude existente em todo vastissimo municipio de São Bernardo [...] os enfermos ali recolhidos, gozam, a par de carinhosa vigilância medica, de um ambiente tranquillo e alegre, propicio ao tratamento e cura de quaesquer enfermidades" (Caldeira, 1937, s/p).

Em termos de estrutura, a casa possuía 'elegante' sala de espera, enfermarias separadas para homens e mulheres, sala de operações e, em "anexo, sala de esterilizações, dotada de autoclaves e outros aparelhos"; além de "quartos particulares magnificos, servidos de luz directa, venezianas e mobiliario adequado [...] dependencias montadas com a observancia rigorosa dos preceitos higienicos" (Caldeira, 1937, s/p).

Autoclave, uma invenção de Charles Chamberland, auxiliar de Louis Pasteur, esterilizava artigos com calor úmido sob a pressão, o que denota a já preocupação, com rigor, dos preceitos higiênicos e construção de ambientes adequados às novas práticas científicas que chegavam e eram oferecidas à comunidade, com forte apelo higienista, também manifesto em várias outras características da clínica, como a preocupação com a amplitude e o conforto do espaço, a individualização dos quartos e a separação entre gêneros, a rigorosidade higiênica, esterilizações, dentre outras.

Chegou à Região do ABC, via profissionais formados nas faculdades da Saúde e a ascensão política de alguns, a "eugenia, assunto do momento nos centros científicos da Europa e Estados Unidos" (Cirlinas, 2007, p. 22).

Mas havia também uma medicina popular na região, continuidade de uma tradição de saberes do povo, como as mulheres que "empregam todos os recursos de uma farmacopéia popular, conhecem mil maneiras de aliviar os males cotidianos" (p. 63), em um mundo vegetal "cheio de signos das práticas que as ligavam ao quintal, à horta, às plantas [...] para as mulheres as palavras tinham força mágica, palavras de encantar, benzer, curar, mandingas contra furtos" (Garcia, 1998, p. 64-65).

O curandeiro Vicente Rodrigues Vieira, tido como bom e misericordioso, pessoa estimada por todos, atendia em sua casa os que procuravam cura dos diversos males, sem nada cobrar ou dar remédios, pois simplesmente ouvia (Medici, 1993). Sendo bem quisto pela

igreja e contribuído financeiramente na construção da paróquia local, segundo o padre da época, Luiz Capra (*in Medici, 1993*), “não é feiticeiro, nem se serve do espiritismo [...] todos os dias há uma verdadeira romaria de doentes e aflitos que vai visitá-lo, esperando receber por intermédio dele a saúde” (p. 409).

Esses médicos populares curavam, dentre outras, através de rezas e benzimentos, métodos próprios e diferenciados, muitas vezes atendendo gratuitamente a população, inclusive em alguns casos arcando com os custos das ervas, alimentos ou outras medicações populares indicadas para o mal em questão (Garcia, 1998).

Mas na visão eugênica, como em Affonso de Taunay, diretor do Museu Paulista e influenciado por Neiva e Penna, aquelas terapêuticas populares revelavam somente

*“a escassez de recursos em que viveriam aquelas populações obrigadas a procurar na flora local meios para sobreviver às doenças [...] presumindo curar-se das doenças, morderiam a chave do sacrário da igreja, beberiam sangue de galinha-d'angola, usariam álcool, sal, pimenta, alho, querosene e os resíduos de alcatrão dos cachimbos em misturas com limão” (in Sá, 2009, p. 77).*

Esses saberes eram transmitidos oralmente e advinha dos sofrimentos do povo, atrativos à população, menos custosos que os tratamentos convencionais. Também os imigrantes trouxeram de seus países de origem saberes populares que se consolidaram na região, sendo que muitos também assistiam a população (Garcia, 1998). Mas tenderam a gradual redução, enfraquecidos e invisibilizados a medida que a indústria e a cultura médico farmacêutica se estruturou, monopolizou e impôs suas novas formas.

A perspectiva preconceituosa contra as práticas populares daqueles cientistas no início de século pressupunha dos sertanejos que

*“nenhum desejo, nenhuma ambição agita-lhe o coração e eleva-lhe a alma; a ignorância e, dela, a superstição grosseira resumem a alegria dos sentidos no veneno do álcool e as relações do espírito à crença infantil nos feitiços e nas almas penadas. O conforto, a civilização humana estão a cinco séculos de distância” (Neiva e Penna in Sá, 2009, 78).*

Mas a civilização humana sob aquele modelo eurocêntrico industrializante burguês e suas ‘evoluídas e eficazes práticas’ trouxeram um crescente aumento populacional e problemas estruturais de assistência, que requeriam soluções que não mais dependessem das ações individuais de alguns profissionais.

Segundo Gaiarsa (1991), lusitanos residentes em Santo André fundam a Sociedade Portuguesa de Beneficência, que décadas depois veio a dirigir um dos maiores hospitais da



cidade. Para o autor, os primeiros postos de assistência médica na região se deram em 1935, nas cidades de Santo André e São Caetano.

Organizou-se a Irmandade, uma espécie de instituição filantrópica ou de terceiro setor, com a participação de cidadãos importantes e com prestígio social e outras pessoas da população (Gaiarsa, 1991). Podemos situar a Irmandade como uma espécie de instituição filantrópica ou terceirizada, com acesso a dinheiro público para prestação de serviços em assistência. Já havia então terceirização da saúde.

Reportagens publicadas citam casos de mau atendimento na Santa Casa (Gaiarsa, 1991) e doentes internados depõem e dão suas impressões sobre as deficiências dos serviços que recebiam. A imprensa “reclama prestação de contas ao poder público porque julga que a Irmandade recolhe donativos do povo e recebe subvenções dos cofres municipais” (Gaiarsa, 1968, p. 127).

Em 1945 intensifica-se a terceirização dos serviços com contratos da prefeitura com a Beneficência Portuguesa, a Santa Casa e o Hospital Santo André, a partir de um consenso que contemplava interesses dos hospitais, do corpo clínico e da prefeitura, que pagava as despesas de dez leitos em cada instituição.

Apesar de, segundo Gaiarsa (1991), "a partir daí, a assistência Médico Hospitalar consolidou-se gradativamente [...] melhorando sensivelmente o nível do atendimento" (p. 194), é preciso refletir as posições deste autor, um médico ícone da produção historiográfica tradicional na região.

No fim dos anos 40 era crescente a migração de nordestinos à região, sob uma intensa vulnerabilidade a que eram submetidos, foram fundadas associações para assistência, na busca por melhorar as condições de vida das pessoas, diminuir as desigualdades e combater o enorme preconceito que sobre eles recaía (Medici, 1993).

Também a segunda guerra mundial trouxe uma crescente imigração do leste europeu, as pessoas eram encaminhadas à Hospedaria dos Imigrantes e depois às frentes de trabalho, os detentores de mão de obra especializada para o ABC (Medici, 1993).

Santo André em 1939 havia tornado-se a cidade que ocupava todo o espaço referente a Região do ABC, mas na década de 40 São Bernardo e São Caetano tornam-se municípios independentes de Santo André (Gaiarsa, 1968; Medici, 1993). Em meio ao movimento pela autonomia de São Caetano, em 1946 fundou-se a Associação Sociedade Beneficente Hospitalar, a construção do primeiro hospital (Medici, 1993).

Em 1947 o Partido Comunista (PC) obteve grandes vitórias na região, com prefeito e vereadores eleitos. Porém, perseguido politicamente, foi colocado na ilegalidade e os eleitos substituídos, uma clara manobra das elites locais (Medici, 1993).

Mauá, Ribeirão Pires e Diadema a partir da década de 50 foram reconhecidas como cidades, e em 1964 foi a vez de Rio Grande da Serra, determinando a composição atual da Região do ABC. As expressões ABC e Grande ABC foram primeiramente citadas no início dos anos 50 e em 67, respectivamente (Medici, 1993).

Ao longo das décadas de 40 e 50 surgiram sindicatos e associações representantes dos diversos segmentos e profissões operárias, as quais vieram a ter grande influência e importância na região.

Cresciam demandas e necessidade de soluções de problemas como saneamento básico, energia elétrica, assistência, enchentes e poluição, que haviam se intensificado com a crescente e desordenada urbanização. Para ter-se ideia, São Caetano era, pejorativamente, chamada ‘Fedópolis’, por causa do mau cheiro que pairava no ar e nas ruas. Negros também eram alvos de preconceitos e discriminações (Medici, 1993).

Em São Caetano, nos anos 60, a Câmara Municipal aprovou um orçamento de milhões para “limpeza dos terrenos onde existiam barracos” (Medici, 1993, p. 124). As famílias recebiam certa quantia de dinheiro para deixarem as suas comunidades. Provavelmente esse processo ocorreu em meio a diversas imposições e arbitrariedades, famílias sendo expulsas e obrigadas a deixarem seus lugares e laços comunitários, sem que em troca lhes fossem dadas reais condições para se reorganizarem (Medici, 1993).

Segundo Cirlinas (2007), em 76 ocorreu o primeiro Congresso Médico-Universitário do ABC. Há inúmeras greves dos estudantes de medicina ao longo dos anos e em 78 é fundada a Associação dos Médicos Residentes do ABC, em meio a descontentamentos por salários atrasados e piso salarial.

Greves sucederam-se, fundamentalmente a partir dos anos 70, com a paralisação de fábricas e luta por melhores condições e redemocratização do país, contra a repressão que recaía sobre a região a partir do golpe civil militar de 1964 (Medici, 1993).

Ramalho (1998) cita o movimento sindical no ABC como grande contribuidor das transformações, como na greve de maio de 1978, que se alastrou por todo país.

Em São Paulo, em 1987, foi fundado o primeiro CAPS do Brasil, influenciou a construção de serviços semelhantes, no viés da reforma psiquiátrica (Tenório, 2002).

Também histórico foi o fechamento, após comprovadas denúncias de mortes, superlotação e maus tratos, da Casa de Saúde Anchieta, clínica privada financiada pelo

governo federal, em Santos, no Estado de São Paulo. Em substituição foi implantado um programa no viés da reforma psiquiátrica (Tenório, 2002).

A continuidade do crescimento populacional e econômico do ABC ao longo das décadas demandava políticas públicas complexas e estruturais, também com o alto fluxo de migrantes nordestinos que vinham em busca da realização de sonhos e melhores condições de vida, muitos fugindo da fome, seca e miséria (Cirlinas, 2007).

A criação do Sistema Único de Saúde veio no sentido de contribuir para resolver os problemas de Saúde e os municípios passaram então a prestar serviços que até então pertenciam a outras esferas (Gaiarsa, 1991).

Há a necessidade das gestões das sete cidades do ABC conjuntamente refletirem e encontrarem soluções para as questões e problemas que se apresentam (Medici, 1993).

## **5.2. Notas sobre manicômios e reforma psiquiátrica no ABC**

Segundo Pereira (1984), em variados países da Europa do século XIX concebia-se que o número de loucos maior e hospícios em um país estava diretamente relacionado à riqueza e ao nível de desenvolvimento da nação.

Neste viés, o impulso desenvolvimentista do ABC consolidou-se como espaço de ascensão do poder médico centrado, farmacológico, o adoecimento e a multiplicação de clínicas e hospitais psiquiátricos a partir da segunda metade do século XX.

Segundo Caldeira (1937), nos anos 30, um laboratório já produzia na região o Tonicalsan, "de larga efficencia [...] largamente empregado pelas maiores notabilidades medicas nacionaes, aconselhado na cura radical da anemia, neurasthenia, depressões nervosas, manifestações senis do systema nervoso, fraqueza geral, inapetencia, convalescenças de todas as molestias infecciosas e notadamente como auxilio no tratamento da tuberculose" (s/p).

Aqui podemos perceber a invenção deste produto medicamentoso para, dentre outros, a "cura" das depressões nervosas e manifestações senis do sistema nervoso, bem como o mercado que se abria para esse produto junto a população, não só local, mas de todo país, sendo provavelmente o primeiro produto do gênero comercializado na região.

Os sintomas citados também nos possibilitam refletir sobre aspectos de uma já cultura de caracterização na relação sintoma/doença e a rotulação de pessoas em relação a possíveis diagnósticos fundamentados nos referenciais classificatórios médicos.

No ABC, foi em 1936 que “o vereador Fioravante Zampol apresenta projeto de lei sobre a organização de um serviço de eugenia, que “propunha uma campanha contra o alcoolismo, às moléstias venéreas, os casamentos entre consanguíneos ou pessoas doentes” (Medici, 1993, p. 22). Amplo em suas pretensões, previa o “pagamento aos primeiros noivos que se submetessem aos exames físicos, psicológicos e complementares de laboratório” (Gaiarsa, 1968, p. 108), com estímulo à educação física, à ampliação da puericultura, ao exame pré-nupcial e à assistência à maternidade (Gaiarsa, 1968).

Vemos aqui intensamente calcadas as noções de degenerescência, teorias de sangue e hereditariedade, com a busca do controle da população e dos indesejáveis:

*“o movimento eugênico brasileiro [...] apostava em medidas preventivas para o melhoramento da raça [...] higienização da população por meio do exame e do certificado pré-nupcial; esterilização dos anormais. E não eram só negros e mestiços que ofereciam riscos para o futuro da nação, mas os “anormais” e todos os pobres, que sempre foram responsáveis pela miséria moral e material e agora, pela degeneração da espécie. Em resumo, a grande preocupação dos médicos cientistas era com as elite [...] assegurar uma prole sadia, evitando a reprodução das taras hereditárias que também degeneravam as raças” (Lobo, 2008, p. 203-204).*

O crescimento manicomial no Brasil foi impulsionado a partir do decreto-lei 8.550, de 1946, que autorizava convênios com os Estados, doavam terrenos para a construção de hospitais psiquiátricos, pagavam salários e mantinham serviços, enquanto a União podia investir na construção, instalações e equipamentos (Sampaio, 1988).

A partir do Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Hospital Psiquiátrico Juquery, em São Paulo, o maior manicômio da América Latina, cerca de treze mil doentes nos anos 50, foi símbolo dessa política macro-hospitalar e de intensificação da cientificidade nos tratamentos (Paulin e Turato, 2004).

Em 1936 as psicocirurgias passaram a ser aplicadas em internos do Juquery. Impossível saber quantas cirurgias foram realizadas, as estatísticas dificilmente contabilizavam casos com sequelas irreversíveis, mas até 1949 foram setecentas no Juquery, quase todas em mulheres (Yahn et. al., 1948-49). Também, experiência única no mundo, em crianças, tidas com ‘perversões instintivas’ e que apesar dos infortúnios que traziam às famílias, à sociedade e ao hospital, eram vistas como ‘material humano ainda não degradado’. Poucas famílias permitiram a realização de tais cirurgias e o resultado, 22% das crianças operadas vieram ao óbito (Masiero, 2003).

No ABC, em 1950, Santo André “abre concorrência pública para a prestação de assistência hospitalar em todas as suas modalidades, aos indigentes do município [...] prevê a locação de 50 leitos” (Gaiarsa, 1968, p. 214).

Inspirada pelo Rotary Club, mas financiada pela prefeitura, no antigo nosocômio, agora Hospital Municipal, em uma das alas foi criada a Casa da Esperança, destinada “à recuperação de crianças defeituosas” (Gaiarsa, 1991, p. 196).

A Faculdade de Medicina do ABC (Fuabc) foi fundada em 1968, a primeira no ABC nesta área. Trouxe transformações nas concepções de Saúde Mental na região, tendo contribuído para o impulso da rede sanatorial, como com o Dr. Antonio Bortoletto Capp, conhecido como Dr. Capp, membro do conselho de curadores e diretor interino da Fuabc em 1970, cofundador de hospitais na região, dentre eles, até um que em sua homenagem, ficou conhecido como Sanatório Cappburgo, em Mauá. Filho de imigrante europeu, nasceu na capital paulista e iniciou sua carreira na Rhodia. (Cirlinas, 2007).

Em Santo André, as demandas de saúde mental até 1987 foram totalmente cobertas pelos hospitais psiquiátricos privados Palmares e Clínica de Repouso Borda do Campo, que funcionaram até 1990 e 1999, respectivamente (Henna *et al.* 2008). As outras cidades do ABC também encaminhavam pacientes a essas instituições.

A Clínica de Repouso Borda do Campo, dos mais conhecidos hospitais psiquiátricos do ABC, já existia pelo menos desde a década de 60 (Mendes *et al.*, 2009), sendo uma instituição privada que, no fim da década de 90, contava com 360 leitos e atendia somente pacientes do SUS, com estimativa de 500 pacientes por mês.

“Caminho de todos os suspeitos de loucura, abrigando um número sempre alto de pacientes, dando grandes lucros ao seu dono, Benedicto Arthur Sampaio” (Tarelow, 2007, p. 4), tinha como diretores os médicos Dra. Dalka C. Gattaz e Dr. Daher Gattaz.

Seguindo a tradição do isolamento manicomial, inclusive o geográfico, a fim de manter o doente mental longe da sociedade, o local em que foi fundada a clínica era distante do centro e pouco povoado, com áreas que nem possuíam residências ou tinham casas espalhadas, sequer constituídas como bairros (Mendes *et. al.*, 2009).

No início dos anos 70 havia ainda quase 30 postos de Puericultura e Clínica Infantil, mantidos pela prefeitura, além de um serviço para atendimento de 500 excepcionais, "crianças retardadas" (Gaiarsa, 1991, p. 196).

É assim que a Clínica de Repouso Borda do Campo Ltda., pelo menos desde o início da década de 70, aparece como conveniada do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual, da Secretaria de Administração (Diário Oficial, 1974).

Na década de 80 o Governo do Estado chegou a investir em serviços que não fossem hospitais psiquiátricos e em Santo André mantinha um hospital-dia e equipe mínima de saúde mental em uma delegacia de ensino (Tarelow, 2007).

Buscava remodelar a administração do hospital psiquiátrico Palmares que era também um manicômio judiciário para pacientes doentes mentais em conflito com a lei (Tarelow, 2007). No período anterior a 1987 não havia ainda em Santo André serviços extra-hospitalares na área da saúde mental (Henna *et al.*, 2008).

A partir do movimento de trabalhadores que participaram da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e de militantes antimanicomiais, na década de 90 foram incluídas no programa municipal as reivindicações para o hospital-dia (Tarelow, 2007).

A Lei Orgânica do Município, aprovada em 1990, demonstra a nova diretriz:

*“desenvolvimento de ações preventivas e extra-hospitalares que preservem e valorizem a dignidade e a reintegração do doente mental [...] respeitados os preceitos éticos, a internação psiquiátrica compulsória ser obrigatoriamente comunicada, nos termos da lei, à Assistência Judiciária, a qual emitirá parecer sobre a legalidade da internação [...] vedado no âmbito municipal, a utilização de celas fortes e outras ações violentas contra o doente mental [...] cabe à direção municipal [...] intervir em todo e qualquer estabelecimento de saúde, nos casos em que comprovadamente coloque em risco a integridade de seus usuários e nos casos de infração grave à legislação sanitária” (Tarelow, 2007, p. 37).*

Assim, a prefeitura determinou o fechamento do Hospital Psiquiátrico Palmares, sendo que, para prestar assistência aos que deixavam o manicômio, bem como da demanda crescente, iniciou nos anos 90 a construção de uma rede descentralizada, que evitava, ao máximo, internações (Tarelow, 2007).

Mas houve novo impulso manicomial e a emergência psiquiátrica do hospital municipal servia para encaminhar pacientes aos hospitais psiquiátricos privados da região (Henna, 2006), tendo a cidade, entre 93 e 96, sido a que mais internava em leitos de longa duração no ABC (Henna *et al.*, 2008).

Passada esta gestão, foram convidados profissionais que haviam participado da experiência de fechamento da Clínica de Saúde Anchieta, em Santos, para implantarem um projeto substitutivo semelhante em Santo André (Henna *et al.*, 2008).

Sob as diretrizes do SUS, era o município que realizava o repasse de verbas à Borda do Campo, tendo uma vistoria, em 1998, recomendado seu fechamento, pois não se adequava às normas da portaria nacional 224 (Henna *et al.*, 2008).

*“A Secretaria de Saúde não fechou o hospital e o orientou a se adequar às normas da portaria [...] renovando seu convênio com o SUS por um ano mais. Logo em seguida a direção do hospital emitiu um comunicado que dizia que se adequasse às normas, fecharia. Diante da relutância da Direção do Hospital em se conformar ao rezado na portaria [...] iniciou-se o processo de fechamento” (Henna et al., 2008, p. 23).*

Na época do fechamento da Borda do Campo, em 1999, de acordo com dados da Secretaria Municipal da Saúde, dos 360 leitos existentes na instituição, pouco mais de 100 pacientes eram de Santo André, cerca de 150 de outras cidades do Grande ABC e os outros 100 da Grande São Paulo. Tendo como motivo último a redução de 20% no repasse de verba do SUS, de R\$ 240 mil para R\$ 200 mil em 1999 os diretores clínicos da Borda do Campo oficializaram junto à prefeitura o cancelamento do convênio SUS e a decisão de fecharem a instituição (Cabrera, 1999).

Segundo Cabrera (1999), a prefeitura de Santo André chegou a efetuar proposta para tentar convencer a diretoria a manter aberta a clínica de repouso, mas a diretora clínica do hospital negou e chegou a afirmar que a diminuição da verba havia sido apenas o estopim para o fechamento, pois estavam trabalhando já no limite de suas possibilidades há algum tempo e por várias vezes quase fecharam.

Uma reflexão importante, o Secretário de Saúde na época, Homero Nepomuceno Duarte, que possui discurso antimanicomial, ter realizado tal proposta, de manter por alguns meses mais a verba SUS total destinada à clínica (Cabrera, 1999), e salientar que, "nesse período, poderíamos negociar uma solução junto com outros municípios que também encaminham seus pacientes para a Borda do Campo" (s./p.).

Profissionais de saúde e técnicos da secretaria da saúde averiguaram a situação dos pacientes internados e a verba destinada à clínica foi remanejada a outros programas de saúde mental, como a antecipação da inauguração do CAPS (Cabrera, 1999).

Foi realizada reunião entre representantes da saúde dos municípios da região, para que fossem informados e buscassem soluções para seus respectivos internos munícipes, bem como com a Secretaria Estadual da Saúde (Cabrera, 1999).

Ainda existem ruínas da clínica em meio a árvores e parte de sua área foi utilizada para a construção de edifícios residenciais (Mendes *et al.*, 2009).

Em Mauá, o Centro Comunitário São Marcos, também conhecido como Sanatório Cappburgo, em homenagem ao Dr. Capp, membro do conselho de curadores e diretor interino da Fuabc em 1970, foi o maior representante manicomial da cidade.

O sanatório foi alvo de denúncias, como as relacionadas a maus-tratos, realizadas pelo Grupo de Avaliação de Portarias de Hospitais Psiquiátricos (GAPH), entidade do MS criada para vistoriar instituições (Gorgueira, 1994).

Em 1994, várias entidades realizaram vistoria no hospital e solicitaram ao Ministério Público (MP), ação para sua imediata interdição, para que o dono do manicômio não retirasse supostos corpos de pacientes que estariam lá enterrados.

Após publicizadas as violências ocorridas no manicômio, outras denúncias apareceram, de famílias que passaram a lutar por justiça, somando incríveis 40 mortes, 31 desaparecidos e ao menos 15 mutilações. Um ex-interno, ao depor no MP, declarou ter contribuído para enterrar corpos em uma área nos fundos da clínica (Henna, 2015).

O livro 'A Instituição Sinistra: Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil', traz uma coletânea de relatos de mortes recentes de internos em hospitais psiquiátricos e, dentre os casos, a história de João Gomes Pereira, 42 anos, desaparecido em 1992, após internação no Centro Comunitário São Marcos (Furtado, 2001).

João foi internado por ser o hospital conveniado ao Sindicato dos Operários Portuários e, dois dias depois, simplesmente sumiu, tendo o manicômio alegado fuga, mas a família desconfiada, pois ele havia se internado voluntariamente para tratamento de alcoolismo, possuía laços próximos com a filha e a teria procurado (Henna, 2015).

Mais denúncias chegaram através de famílias, entidades, movimentos, órgãos de gestão e o GAPH, como o caso de Joaquim Alves da Silva Neto, que precisou amputar o antebraço após sofrer violências na instituição, ou José Wilson Pereira Diniz, também portuário, que de lá desapareceu e depois de meses foi encontrado em um hospital da capital, com lesões no crânio e sinais de espancamento (Henna, 2015).

Foram instauradas Comissões Especiais de Inquérito (CPI) na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e um membro do GAPH depôs na CPI do Inamps que investigava fraudes contra a previdência (Gorgueira, 1994). Antes, já haviam sido abertos inquéritos na Delegacia Geral de Polícia de São Paulo, nas Câmaras dos Vereadores de Mauá e Santos, e a imprensa divulgou os casos (Henna, 2015).

Após as vistorias do GAPH, a clínica São Marcos estava dentre os hospitais psiquiátricos rebaixados e punidos, que passaram a receber menos verbas públicas e tiveram diminuídos o número de leitos pagos pelo MS, tendo então solicitado seu descredenciamento do SUS e passado a atender somente clientes via privado. Em 94 intensificaram as suspeitas e o proprietário estranhamente informou que fecharia o hospital para reformas, e nunca mais o abriu (Gorgueira, 1994; Henna, 2015).



A luta antimanicomial já havia “lacrado as portas de lugares como os hospitais São Marcos (Mauá), Borda do Campo (Santo André) e Charcot na Anchieta (São Paulo), entre outros, consideradas verdadeiras masmorras” (Novaes, 2011).

Em 2001 foi a vez da Clínica de Repouso Ribeirão Pires. Direcionada exclusivamente para o público feminino, abrigava 240 pacientes com transtornos psiquiátricos, e não somente moradoras do município (Siviero, 2001).

O processo de fechamento da clínica, também financiada via SUS, iniciou com as altas dadas pela Secretaria Municipal de Saúde a 51 pacientes (Siviero, 2001).

Uma rede psicossocial formada por CAPS, NAPS e Residências Terapêuticas foi prometida pela gestão local, que se comprometeu a constituí-la em até seis meses após o início da saída das pacientes, e assim as outras internas seriam desinstitucionalizadas, bem como seriam abertas SRTs masculinas. Foi construído um CAPS na cidade, e não sendo CAPS III, não funcionava 24 horas (Siviero, 2001).

*"Na realidade, não se tratou de desinstitucionalização [...] que consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não [...] e sim, mais frequentemente, de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial" (Saraceno, 2001, p. 23).*

Em entrevista ao Jornal Diário do Grande ABC na época, o Secretário de Saúde justificou o fechamento da clínica dizendo que “o tratamento psiquiátrico não pode ser um albergue das mazelas da saúde ou uma prisão” (Siviero, 2001), sendo que os repasses/mês do SUS para a clínica chegavam a cerca de 53 mil euros (Siviero, 2001).

Em São Bernardo do Campo, atualmente, além do Hospital Psiquiátrico Lacan, há o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes que, como qualquer outro espaço manicomial, aparece no relato de Mariana, ex-interna, com pavilhões fechados; uso abusivo de fortes remédios que deixavam as pessoas com dificuldades motoras e de comunicação; utentes que exercem tarefas e funções que deveriam ser dos funcionários, em troca de regalias; a espera angustiante por visitas de amigos ou familiares, afastados na maior do tempo e não realmente integrados ao cuidado; a imensa solidão, etc. (Henna, 2015). Enfim, violências diversas para uma vulnerabilidade extrema.

### 5.3.Hospital Psiquiátrico Lacan: resquícios de uma cultura manicomial

O Hospital Psiquiátrico Lacan situa-se em São Bernardo do Campo e presta assistência a pacientes com transtornos mentais, tais como depressão, psicose, ansiedades, entre outras patologias, bem como dependência química e alcoolismo (Paula, 2012). Antigamente chamado ‘Centro Psiquiátrico São Bernardo’, ficou também conhecido como o manicômio Scania, por localizar-se em frente a fábrica desta multinacional na cidade (Novaes, 2011).

Segundo Henna (2015), é uma instituição privada com condições precárias oferecidas. Possui cerca de 100 funcionários, divididos em quatro turnos, e integra o Grupo Saúde Bandeirantes, uma instituição ‘filantrópica’ fundada em 1975 e qualificada como Organização Social (OS) pelo governo do Estado de São Paulo (Paula, 2012), parte do impulso à terceirização e privatização da saúde no Brasil.

A prefeitura de São Bernardo possuía, até 2014, um convênio de contratação de leitos psiquiátricos no Lacan, pagos com dinheiro público via Sistema Único de Saúde e, em 2011, o hospital abrigava 220 pacientes com transtornos mentais (Novaes, 2011).

*“Na maioria das vezes, as clínicas contratadas funcionam totalmente a expensas do SUS, existindo como empresas privadas com fins lucrativos apenas para receber essa clientela. Sua única fonte de receita é a internação psiquiátrica, remunerada na forma de uma diária paga para cada dia de internação de cada paciente. A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado” (Tenório, 2002, 64).*

Segundo o secretário municipal de saúde, havia 237 leitos disponíveis no Lacan em 2012, que a prefeitura objetivava reduzir para 111, sendo que 80 não eram sob a gestão municipal, o que poderia gerar pagamento duplo, além de outros 46 que seriam fechados à medida que fossem fundadas residências terapêuticas (Ribeiro, 2012b).

Responsável por 146 leitos no hospital, para atendimento de pacientes em tratamento de dependência química (Galvez, 2013), o Estado possui convênio com a instituição desde 2009, com projeto terapêutico desenvolvido por especialistas da Unifesp (Ribeiro, 2012b). Também lá foi inaugurado pelo Estado, o primeiro serviço especializado para tratamento de gestantes dependentes de crack (Oliveira, 2012).

Em 2012 o governador prometia investir R\$ 700 mil ao ano em internações para dependência química de gestantes e cerca de R\$ 250 milhões na implantação de 710 novos leitos de internação para dependentes em álcool e drogas no Estado (Oliveira, 2012). Até o

final de 2012 seriam colocados à disposição mais 311 leitos para tratamento de álcool e drogas em São Paulo, além da possibilidade de mais 40 leitos para atendimento de adolescentes no Hospital Lacan (Ribeiro, 2012a).

Esse processo de privatização revela-nos um histórico emaranhado entre a política e as forças privadas na sustentação do sistema como ele se apresenta, sendo os donos de hospitais a terceira maior fonte de recursos de financiamento das campanhas eleitorais, depois dos bancos e das empreiteiras (Tenório, 2002).

*“O modelo de prestação de serviços vigente no país, caracterizado pela solidária articulação entre a prevalência da internação asilar e a privatização da assistência [...] as internações psiquiátricas públicas no Brasil, a maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público [...] é o chamado setor conveniado ou contratado [...] que provêm a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado – antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (Tenório, 2002, 68).*

A sociedade civil organizada e os órgãos de controle social, além de várias entidades representativas de classe nas áreas da Saúde e Direitos Humanos, repudiam as internações “a não colaboração do governo com a reforma psiquiátrica [...] a ampliação dos leitos vem na contramão da tendência de acabar com os hospitais psiquiátricos no Brasil” (Repórter Diário, 2013), bem como das diretrizes da OPAS, da lei 10.216/01 e da Política Nacional em Saúde Mental, que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental para a extinção progressiva dos manicômios (Ribeiro, 2012b).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a moção de repúdio nº 003, de 2012, contrária àquela ampliação de leitos psiquiátricos e repudiou “a ação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que, num claro desrespeito ao Pacto Federativo e às deliberações do Conselho Estadual de Saúde, promove a ampliação do número de leitos psiquiátricos contratados do Hospital Lacan” (Brasil, 2012).

O então secretário de saúde de São Bernardo disse não ter havido diálogo entre prefeitura e Estado para a implantação dos novos leitos e serviços e que ficou sabendo por meio do convite oficial (Ribeiro, 2012a).

*“Em 2009, o governo de São Paulo já havia contratado 30 leitos deste mesmo hospital psiquiátrico, descumprindo a lei federal e o Código de Saúde do Estado de São Paulo. Agora, em 2012, reincide na ação e irregularmente amplia o número de leitos contratados, totalizando 70 leitos, sem qualquer pactuação com os gestores municipais do SUS da região do Grande ABC no âmbito da CIR – Comissão Interfederativa Regional e desrespeitando, tanto o comando único, já que o prestador hospitalar está sob gestão municipal, como a lei federal que dispõe*

*condicionantes restritivos à ampliação de leitos psiquiátricos no Brasil” (Brasil, 2012, p. 4).*

As internações e ampliação de leitos no Hospital Psiquiátrico Lacan, assim, acirram os conflitos entre as gestões municipais, estadual e federal.

Assim, tendo como objetivo a construção e consolidação de um modelo de atenção comunitário, em substituição à assistência centrada no hospital psiquiátrico, integrantes do Fórum Popular da Saúde Mental do ABC e outros manifestantes fizeram diversos protestos em frente ao hospital, dentre eles, “contra a aquisição de 108 novos leitos no hospital, pelo governo do Estado” (Repórter Diário, 2013, s/p).

Acusavam o governo do Estado de orientar-se no sentido do aumento de leitos de internação no Hospital Lacan, como forma de tratamento, de “impor práticas segregativas e higienistas [...] opõe-se a lógica da liberdade, princípio fundamental de uma vida plena de direitos” (Fórum Popular, 2013, s/p).

Os atos integraram as manifestações do dia da Luta Antimanicomial e a sociedade civil organizada pedia o fim do convênio SUS e das internações compulsórias no hospital, bem como o fechamento da unidade (Galvez, 2013), com faixas e cartazes para “chamar a atenção da sociedade para a insensibilidade com que são tratados os pacientes dentro de hospitais psiquiátricos” (Ribeiro, 2013, s/p).

Em meio a todo esse empreendimento, “o governador ressaltou que é contra a internação compulsória” (Ribeiro, 2012a, s/p), “a Secretaria de Saúde do Estado não retornou ao pedido de informações e a prefeitura de São Bernardo não quis se pronunciar sobre o assunto” (Repórter Diário, 2013, s/p).

A secretaria estadual de saúde diz ser responsabilidade do hospital, que pertence ao Grupo Bandeirantes, informar detalhes sobre o tipo de tratamento oferecido, duração máxima de internações e se há processos de humanização. O hospital recusou fornecer informações e alegou ser isso responsabilidade do Estado (Galvez, 2013).

O diretor do Lacan reconheceu que “a reforma psiquiátrica trouxe excelentes melhorias para o tratamento, como o fechamento de diversos locais inapropriados” (Novaes, 2011, s/p), mas ponderou que o hospital tinha em 2011 “pacientes com alta e eles precisam aguardar o poder municipal montar residência terapêutica e ninguém cobra. Para fechar o hospital a mobilização é maior” (Novaes, 2011, s/p).

É passível de reflexão o fato da prefeitura de São Bernardo não ter na época se pronunciado a respeito das manifestações, já que, pelo menos em discurso extraoficial, se diz totalmente contra a abertura de novos leitos de internação no Lacan.

As ações das gestões estavam sendo consideradas demasiadamente lentas por parte dos militantes que não possuíam vínculo empregatício e/ou partidário com o poder público nas gestões municipais da região.

Em meio a já citada institucionalização dos movimentos da reforma psiquiátrica, desde a década de 80, mas se intensificou no decorrer das décadas, era dificultada a pressão à gestão de São Bernardo e outras da região, para definitivamente não mais enviarem pacientes para internação no Lacan ou encerrar o convênio SUS que financiava leitos na instituição, pois muitos militantes institucionalizados nos governos controlavam o movimento social e estavam atrelados ao partido político no poder.

No I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1979, antes da institucionalização do MTSM, o movimento objetivava uma amplitude maior de ideais, ações e transformações no modelo de atenção psiquiátrica, com a saúde associada às demais lutas sociais em busca de democracia plena (Amarante, 2009).

Embora o então secretário de saúde de São Bernardo tenha criticado a manutenção e aumento do número de leitos de internação no Hospital Lacan, foi somente a partir das ações do movimento social e das denúncias do Conselho Municipal de Saúde que a prefeitura se posicionou mais concretamente sobre o caso.

Mas também, talvez, os encaminhamentos do Conselho tiveram participação e influência do secretário, pois é comum no Brasil os próprios secretários municipais presidirem os Conselhos de Saúde, o que, diga-se de passagem, é bastante prejudicial à garantia de uma genuína e crítica participação popular, à medida que o gestor acaba por manipular as pautas, as reuniões e os encaminhamentos de acordo com seus próprios interesses e de forma a blindar sua gestão de possíveis críticas vindas da população.

Ao debruçar-se sobre o controle social em Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Martins (2008) conclui que não tem se consolidado no SUS como prática efetiva de gestão pública, pois há um desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, que permite aos gestores exercerem forte influência na dinâmica do CMS, principalmente na determinação de seus membros.

Para a Secretaria de Estado da Saúde, “a estrutura de pactuação entre gestor estadual e regional não se enquadra no convênio estabelecido com o Hospital Lacan, uma vez que os leitos adquiridos são destinados aos pacientes de todo o Estado, não apenas aos do ABCD” (Ribeiro, 2012b), sendo que “a internação é alternativa ao tratamento ambulatorial solicitada somente para casos mais graves e severos, quando há risco ao paciente ou à sociedade” (Galvez, 2013).

Mesmo em meio a inúmeras contradições e um processo muito mais lento e com mudanças menos estruturais que as objetivadas pelos movimentos sociais de reforma psiquiátrica em suas origens, algumas cidades do ABC mais intensamente passaram a construir suas redes psicossociais, mesmo com a perda ou o enfraquecimento de uma luta popular mais ampla, a partir da institucionalização e intensificação de acesso ao poder oficial ao longo das décadas por parte do MTSM e a Luta Antimanicomial.

A consolidação da reforma psiquiátrica ainda é um discurso longínquo em meio a incapacidade das gestões de prover e um plano amplo e intersetorial em saúde mental para o país. Baseiam-se ainda em uma visão muito calcada na construção de um número de equipamentos e serviços tido como referência, como se a reforma psiquiátrica a isso se limitasse, sendo que o processo envolve repensar e transformar o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e as relações de poder que se articulam no manicômio e lhe dá sustentação (Ribeiro, 2006).

Além dos serviços de saúde, a rede de atenção deve se articular a serviços de áreas como ação social, cidadania, cultura, educação, trabalho e renda, além de incluir as ações e recursos diversos da sociedade (Repórter Diário, 2013).

Além disso,

*“o maior obstáculo concreto à reforma, ainda hoje, é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado [...] exige a imposição de limites claros à sua reprodução... a progressiva extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes [...] e a desconstrução do circuito manicômio-dependente” (Tenório, 2002, p. 68).*

Em 2008 havia 6349 moradores de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, sendo 1.963 destes na Grande São Paulo, que ocupavam 31% dos leitos conveniados ao SUS no país, segundo censo da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (São Paulo, 2008).

Já os dados do censo de 2014 acusam uma diminuição para 4439 moradores de hospitais psiquiátricos no Estado. Porém, chama atenção a redução ter sido consequência, fundamentalmente, de 1170 óbitos ocorridos entre 2008 e 2014, sendo que neste período foram constatadas apenas 740 altas hospitalares desses moradores, ou seja, em quase uma década e em pleno século XXI, a redução de moradores de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo foi ocasionada por 58% a mais de mortes do que de altas hospitalares de cidadãos e cidadãs brasileiros que, constitucionalmente, tem o direito à Saúde (São Paulo, 2014).

Na lógica manicomial a ser desconstruída, estão também inclusas as novas roupagens que as formas asilares utilizam para reinventarem-se, como as Comunidades Terapêuticas, amplamente apoiadas pelo Governo Federal, tendo como cúmplices as gestões das cidades do ABC, que permanecem acríicas às estratégias da União de continuidade do apoio e multiplicação do setor ‘filantrópico’/privado e do modelo asilar. A proposta 268 da IV Conferência Nacional de Saúde Mental versa sobre se manter a decisão do MS de não remunerar Comunidades Terapêuticas (CFP e Renila, 2011, p. 1).

Mesmo em meio a esse contexto, com a construção das SRTs em algumas cidades do ABC, os pacientes passaram a deixar o Lacan e terem acesso a tratamentos adequados e modernos (Novaes 2011). Em 2009, com 199 pacientes no Hospital Lacan, muitos com mais de 20 anos de hospitalização, a primeira Residência Terapêutica foi fundada em São Bernardo para acolher pacientes internados e, a partir daí, com a ampliação da rede, viria anos depois a interromper novas internações no Lacan, bem como as outras cidades do ABC, que também internavam na unidade (Ribeiro 2014).

Após pressão da sociedade civil e dos movimentos populares, em 2014, o convênio SUS que a prefeitura de São Bernardo possuía para contratação de leitos de internação no Hospital Psiquiátrico Lacan, não foi renovado.





## 6. Processos de Conflito e Paz de uma Família na Saúde Mental da Região do Grande ABC Paulista

Este capítulo é narrado em primeira pessoa e traz passagens de minha trajetória como familiar da saúde mental no Grande ABC Paulista, Estado de São Paulo, Brasil.

Praticamente nasci na Saúde Mental, filho de mãe utente que sou. Ela nasceu nos anos 40, no interior de São Paulo, em uma fazenda chamada Santa Elisa, na pequena Timburi, indo logo a seguir para a ainda menor Sarutaiá, onde aos oito anos de idade iniciou a vida laboral nas plantações de café, milho, arroz e feijão das redondezas.

Após anos na roça, da vizinha Piraju, já maior, deu continuidade a uma vazão e sonho de expansão, migrou para a capital São Paulo, só e aos dezessete anos de idade. Trabalhou primeiramente em casa de família como doméstica, depois outras ocupações.

Nessa busca por melhores condições de vida e um mundo melhor para si, identificou-se em pai, também migrante, mas nordestino, vindo de ‘pau de arara’ do sertão para São Paulo, e projetaram juntos a continuidade da jornada.

O ‘pau de arara’ era um caminhão que tinha tábuas como assento e lona como cobertura para transportar os migrantes no êxodo nordestino ao sul do país, principalmente para São Paulo (Luca, 2010). De forma pejorativa o termo também passou a ser utilizado pelos sulistas para designar o próprio migrante, os paus de arara.

Meus pais eram parte dos excluídos estigmatizados, buscaram sair de lugares historicamente considerados pobres e atrasados e migraram para os grandes centros, ditos modernos e civilizados, em busca de melhores condições de vida e trabalho.

Eram aqueles interioranos, nascidos algumas décadas depois das jornadas científicas expedicionárias de Neiva e Penna (*in* Sá, 2009) pela Fundação Oswaldo Cruz, filhos e netos daqueles sertanejos tidos como ‘mendigos sem esperanças’ ou ‘marginais, restos miserandos das endemias múltiplas e dizimadoras’, aos quais era necessária a assistência médica e a promoção do contato com o país, o gosto de progredir e inspirar a solidariedade dos brasileiros do litoral (*in* Sá, 2009).

Os expedicionários, instrumentos do capitalismo, representavam a ‘civilização’ do litoral e a ciência moderna eurocêntrica (Cukierman, 2007). Rio de Janeiro e São Paulo, tidos como confortáveis, o interior como decadente, deserto e triste (Sá, 2009).

Por outro lado, apesar dos efeitos negativos dessas concepções de Neiva e Penna sobre as populações do interior do país, além de um discurso dicotômico e autovitimizador, é possível debruçar-se com mais alteridade e com novo prisma sobre aquele momento histórico

e os objetivos dos cientistas viajantes, que almejavam no início de século XX conhecer a epidemiologia territorial, efetuar levantamentos nosológicos e atividades de combate às doenças em áreas restritas (Sá, 2009), buscar a estruturação de políticas públicas estatais e acesso aquele povo interiorano que, se ainda hoje vive enormemente carenciado e com baixo acesso aos direitos fundamentais, é difícil imaginarmos como eram essas localidades e condições de vida àquela época.

Esses autores viajantes acusavam a falta de assistência à população sertaneja, bem como relacionavam essa falta ao Brasil doente, abandonado e atrasado, ou seja, associavam as más condições de vida da população com causas sociais, que geravam males, como a alta incidência de tabagismo, alcoolismo e criminalidade precoce (Sá, 2009), e assim coresponsabilizavam as gestões, sendo necessário o incremento de programas que suprissem as demandas e necessidades da população interiorana.

Filhos dessa gente e nascidos nesses lugares interioranos, meus pais migraram para São Paulo no início dos anos 60, anos antes do golpe civil militar de 1964.

Em 1961 os EUA promove o seminário ‘Aliança para o Progresso’, “com o suporte de organismos de cooperação internacional, fundações privadas (Ford, Kellog, Rockefeller) e empresários, e financia governos nacionais a fim de conter o avanço comunista na América Latina e travar o embate ideológico através de apoio ao desenvolvimento econômico na região” (Ribeiro, 2015, p. 1).

O regime pós 64 se trouxe um intenso impulso privatizante e abertura do país ao capital externo, também possibilitou a emergência de novas oportunidades, tendo muitas famílias obtido melhores condições de vida e ascendido socialmente.

A ditadura civil militar produziu entre 1968 e 1973 o ‘milagre econômico brasileiro’, com crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) de 11,1%, acompanhado de “inflação declinante e relativamente baixa para os padrões brasileiros, além de superávits no balanço de pagamentos” (Velo *et al.*, 2008, p. 222).

Meus pais fizeram parte dessa parcela de interioranos migrantes pleiteados pela ‘glória do progresso’, tornaram-se vitrine do capitalismo, conseguiram aproveitar aquele momento efervescente e com muito trabalho gradualmente construíram seu patrimônio e tornaram-se microempresários, sócios de outro casal em uma pequena malharia em Santo André. Lembro-me de pai falando que aqueles eram tempos bons para se trabalhar e ganhar dinheiro. Nasci e vivi minha primeira infância em meio a essas contingências e ao trabalho daquele casal migrante vindo do ‘interior abandonado, inferior e atrasado, de gente preguiçosa e incapaz’ (Neiva e Penna *in* Sá, 2009).

O Brasil “é um país de industrialização recente onde o capital se espalhou cegamente [...] trata-se de uma experiência de capitalismo selvagem” (Andrade, 2002, p. 6), sendo pai e mãe agora parte daqueles ‘sem pátria’ que haviam sido absorvidos pela nação e pelo progresso no conforto dos ‘centros civilizados’, tornado-se protagonistas em um sistema que se alimentava da exploração do homem sobre o homem, incluídos para excluir, e nesse processo, incluindo outros excluídos a partir da geração de emprego e renda a eles, através dos negócios da família. Nos anos 80 pai chegou a ter uma empresa com cerca de 300 funcionários, no ramo de fabricação de bijuterias. Tornou-se sócio de uma fábrica, tornou-se um industrial.

Aquela gente tida incapaz havia tornado-se capaz de administrar, multiplicar e distribuir grandes riquezas, tendo sua pulsão migratória e desenvolvimentista sido diretamente influenciada pelo momento histórico e lugares onde nasceram e cresceram.

Além dos sonhos, foram movidos pelo desconforto e faltas que aquela violenta estrutura desenvolvimentista havia concebido sobre eles, impulsionando-os a saírem daqueles lugares tidos como não civilizados e inferiores e migrarem para as capitais supervalorizadas, parte do projeto capitalista industrializante engendrado pelas elites internacionais e locais, sob os auspícios da construção de um Projeto Brasil Nação.

O trabalho duro do casal havia contribuído para impulsionar um sistema excludente, fundamentado em bases privatizantes, de exploração do capital e do trabalho, que, dentre outras, fomentou a indústria da loucura, implacável com a sociedade e, posteriormente, conosco, engolidos pelo mal que ajudamos a semear.

O capitalismo é grande gerador de sofrimento e desigualdades, já mais que sentido, sabido e fundamentado, mas tanto o termo ‘implacável’, quanto ‘mal’, sugerem ainda um maniqueísmo com dualidade simplista, uma posição bastante parcial que carece de uma visão mais ampla da complexidade dos jogos de poderes e atores sociais nos cotidianos sistêmicos e dinâmicos da produção da vida diária, suas relações em meio aos diversos e múltiplos interesses individuais e coletivos existentes.

Um pouco mais de cuidado com anacronismos e julgamentos pautados a partir de interesses pessoais e dos grupos aos quais pertencem, permitem-me outras interpretações acerca dos hospitais psiquiátricos, além dos papéis dicotômicos em que representam o ‘mal absoluto’, contra o qual lutamos na defesa da reforma psiquiátrica.

Mas também a doença é resultado da interação homem/natureza mediada pelo trabalho (Vorcaro, 1988) e no capitalismo os mecanismos de acumulação e os processos econômicos impõem-se sobre os homens, modulando e dirigindo as suas ações (Andrade, 2002), havendo

assim aqueles que detêm os meios de produção e a maioria que vende sua força de trabalho (Imbrizi *et al.*, 2013).

Assim, muitos foram os migrantes que, ao invés do progresso, encontraram no sul ainda maior vulnerabilidade, com condições ainda mais precárias, sem documentação ou maiores orientações de como proceder na nova terra, geralmente sem possuir especialização e assim exercendo as funções mais pesadas, dividindo pequenos quartos sem janela com outros conterrâneos (Medici, 1993).

Ao longo do tempo e com trabalho árduo buscavam comprar um lote de terra onde construíam suas casas e revendiam em meio a crescente valorização, assim prosseguindo, em busca de novas terras para desbravar, como nas áreas onde hoje se situam Diadema e Mauá, na Região do ABC Paulista (Medici, 1993).

O milagre econômico só foi possibilitado por uma prévia política de arrocho salarial que:

*“reforçou o processo natural da concentração da renda e da propriedade. Essa política foi implementada à força. Greves foram praticamente proibidas, 425 sindicatos sofreram intervenção, a militância sindical foi reprimida. Os salários mínimos foram fixados substancialmente abaixo dos níveis de inflação” (Andrade, 2002, p. 23).*

Do mais, uma política voltada para exportação, com oferecimento de subsídios, isenção do imposto sobre a renda, benefícios fiscais e créditos a produtores de manufaturados, “que lhes permitiram colocar os seus produtos no exterior, por um preço 40 a 60% mais barato que o preço doméstico [...] subsídios de serviços públicos foram eliminados” (Andrade, 2002, p. 23-24).

Mãe, dos maiores orgulhos que traz, a construção da, enfim, casa própria, pelas próprias mãos, trabalhando como ajudante do pedreiro, de sol a sol a carregar entulhos da casa velha demolida no terreno que conseguiram comprar em Santo André, onde passaram a residir desde meu nascimento, em 1978.

Mãe sempre traz essa estória/história da construção da casa, e nela percebe-se o quanto isso contribuiu para sua autoestima e noção de pertencimento, lhe deu um lugar social o qual ela reconhecia como digno, como seu, protagonista e participante da sociedade e na construção da sua vida real, pois "a saúde individual do espírito implica participação da vida social" (Tundis e Costa, 1987, p. 10-11). Esse lugar social de mãe mais tarde seria abruptamente desconstruído, a partir do diagnóstico de transtorno mental e das formas de lidar com a doença e com o adoecido.

Há um determinismo cientificista excessivamente causal e factual nesta passagem, ao atribuir ao diagnóstico um marco absoluto determinante dos processos vividos e ignorar a dimensão sistêmica em um processo integral de acontecimentos que compõem a experiência, embora rotular alguém como ‘doente mental’, torna a pessoa improdutiva e não sociável, uma forma clara de invalidação do sujeito a partir de seu enquadramento em conceitos predeterminados (Oliveira, 2011), que gera preconceitos e segregação social sob o estigma da loucura (Spadini e Souza, 2006).

“O diagnóstico da esquizofrenia, por exemplo, coloca sempre o problema da identificação inequívoca das causas, em que as noções de hereditário ou psicogênico traçam um embate, na maioria das vezes, infrutífero” (Campos *et al.*, 2010, p. 507).

A cientificidade é uma "ideia muito antiga e difícil de desaparecer [...] que se refere a modelos claros e distintos que exclui a subjetividade [...] a representação quantitativa de um fenômeno o torna por si só verdadeiro" (Saraceno, 2001, p. 13).

Assim, "os processos biológicos que incidem sobre os fenômenos psicossociais [...] não podem ser considerados como se constituíssem uma determinação isolada dos processos psíquicos ou como processos independentes da dimensão social, histórica e ambiental" (Vasconcelos, 2008a, p. 45).

A dimensão psíquica na construção dos processos de vida contribuiu muito para que eu pudesse ao longo dos anos, atuar com referenciais além das deterministas biológicas na produção do cuidado, pois a “causalidade psíquica pressupõe que o sujeito seja a unidade das causas [...] não incita à identificação de causas isoláveis, externas ou internas, que se descolem do próprio sujeito” (Campos *et al.*, 2010, p. 507).

Nos anos 80, do céu ao inferno, a década foi catalisadora de transformações radicais e estruturais em nossas vidas, que pautaram nossas trajetórias, nos deram um mote existencial, características que nos definiram social e identitariamente a partir de então, como passarmos a ser uma família de classe média e da saúde mental, esta última vivida a partir da doença, crises e internações, na indagação e incompreensão do porquê havíamos sido os ‘escolhidos’ pelo destino para nos depararmos com aquele sofrimento, aquela incessante busca pela cura, e depois, pela também desconstrução desses referenciais a partir da descoberta e engajamento na luta pela reforma psiquiátrica.

Assim, os anos 80 trouxeram a concretização do sonho e a consolidação de um patrimônio relativamente considerável, a vitória daquele casal de migrantes pobres vindos do interior em busca de uma vida melhor, de gente que, acima de tudo, são uns bravos (Cunha, 1902), mas também a primeira crise psicótica, diagnóstico e internações de mãe, o peso de

toda uma construção social limitada e estereotípica sobre o sofrimento e o adoecimento psíquicos, nas malhas do abandono, do mal lidar, do descuidado, da intolerância e dos peculiares interesses financeiros, políticos e ideológicos do capital, do setor privado e da ‘indústria da loucura’.

Naqueles fins dos anos 70 e início dos 80, mãe e pai iniciaram sua escalada à ascensão social, porém, proporcionalmente, afloraram conflitos e angústias, fruto da imprevisibilidade e intensidade da vida e das contingências sociais.

O manicômio desde seu nascimento representou também uma alternativa ao cuidado ao doente mental, que nem ainda assim era denominado, sendo o caráter isolacionista da terapêutica de Pinel calcado na concepção da loucura como fruto de "paixões violentas ou exasperadas pelas contradições" (Ribeiro, 2006, p. 15-16).

É claro que seria muito melhor se já tivéssemos uma rede comunitária como referência, mas, não havendo, questiono-me o que seria da minha família se não houvesse hospitais psiquiátricos e internações nos anos 80, para referenciar-nos.

*Infelizmente houve por muito tempo a continuidade dos investimentos massivos nos hospitais psiquiátricos brasileiros, e atualmente vivemos um “retrocesso na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, através da atual proposta do governo federal de financiamento público para as comunidades terapêuticas” (CFP e Renila, 2011, p. 1).*

Há instituições asilares que recebem avaliações positivas da gestão federal que, pelo menos quando em contato direto com os grupos antimanicomiais, defendem absolutamente a reforma psiquiátrica e a substituição dos manicômios pelas redes psicossociais, dentre outros que defendem mesmo o fim dos manicômios, independentemente da prévia estruturação das redes comunitárias, pois acreditam que, primeiramente ao fechar os manicômios, a sensibilização da comunidade e a realocação das divisas para a reforma psiquiátrica acabariam por suprir as demandas existentes.

Das poucas vezes que perguntei a pai sobre a primeira crise psicótica de mãe, disse que havia sido após a maternidade que ela passou a apresentar alguns comportamentos diferentes, preocupações excessivas em relação ao ambiente e a proteção. Providencialmente, não sei se foi a primeira gravidez (Meu irmão) ou a segunda (Eu), que teria, supostamente, segundo pai, aflorado nela as contingências para a escalada do sofrimento psíquico. Isso já me trouxe indagações com certa culpa, por pensar que posso ter sido o responsável pelo adoecimento de mãe, um desconforto de, talvez, ter sido eu, a partir do nascimento, a origem da sua doença.

Segundo Rocha e Silva (2013), o sujeito que convive com tal sofrimento também sofre diante dele, são angústias que emergem deste contato e que pode aflorar o questionamento em relação a quem seria o culpado pela psicose, responsável pela ‘transmissão’ da doença em meio às explicações dadas a ela, somente assumindo um papel passivo diante das intervenções terapêuticas, e ha transformações sofridas no papel da família do sujeito com sofrimento mental ao longo dos anos (Rosa, 2011).

“A culpa é um sentimento que tem alcance epistêmico: o ‘é minha culpa’ implica uma hipótese sobre a causa. A culpa é aquilo que acontece quando a causa assume a forma de uma falha, um erro” (Soller *in* Campos *et al.*, 2010, p. 507).

Segundo Castel (1978), um motivo que levou a família a historicamente retirar-se da responsabilidade de cuidar de seu ente, foi o desconhecimento a respeito do transtorno mental, não sabendo agir frente a certas manifestações de crise.

A história da psiquiatria para firmar-se como ciência também tem sido a história das suas atitudes em relação à família da pessoa em sofrimento psíquico (Saraceno *in* Camatta e Schneider, 2009), que tem contribuído para a cristalização e a disseminação de noções e conceitos de causa/efeito na etiologia das doenças mentais, em meio a pretensa neutralidade de suas teorizações (Amarante, 2009).

Se o modelo manicomial exclui os vínculos e as interações, tendo sua terapêutica restrita à internação e à medicalização dos sintomas demonstrados (Colvero *el al.*, 2004), na reforma psiquiátrica há um “posicionamento radicalmente crítico em relação àquilo em que a ciência transformou o doente mental” (Basaglia, 2001, p. 10).

Desde os anos 70 houve no Brasil a incorporação das teorias das ciências sociais nas perspectivas de saúde, em contraponto às então hegemônicas concepções e ações centradas nas ciências biológicas. Essa ampliação para outros pontos de vista possibilitou exitosas experiências na saúde comunitária e contribuíram para ampliar a visão das doenças como socialmente determinadas (Fiocruz, 2013), sendo que a maneira como a doença é percebida e classificada depende da cultura, da sociedade, além do momento histórico onde o sofrimento está inserido (Porter *in* Henna, 2015).

A percepção de que o adoecimento é fruto, não de um fato ou causa isolada, mas de um processo conjuntural integral de acontecimentos na história de vida, trazem-me um alívio e a noção que, ao invés de buscar relações simplistas de causa e efeito, devo dedicar-me a ser um bom cuidador e projetar o mais amplamente possível o movimento em prol da promoção da saúde, individual e coletiva, tendo também reconhecido que historicamente cometi muitas faltas nesse sentido e estive muito ausente nesse processo.

Neste viés, de uma perspectiva integral, havia uma sócia de mãe e pai, ou um casal de sócios, de ascendência italiana, com os quais, além da construção conjunta e das benéficas do que foi ganho, houve más experiências e relações, que desconheço, mas marcariam mãe para toda vida, inclusive com ela generalizando uma persecutoriedade relacionada à Itália e aos italianos, quando em momentos de crise, com um não gostar antecipadamente, uma construção que beira o fascismo e pré julga o outro por sua etnia e nacionalidade, atua sob o estigma e sob universais, associa quase que necessariamente os italianos às ‘máfias’, as quais são importantes elementos constitutivos de sua fantasia delirante, que tanto reafirma quando em crise.

Mãe diz que esses sócios deram muitos cheques sem fundo para terceiros, ou seja, compraram mercadorias para a produção das roupas, mas depois não pagaram os fornecedores, o que a fez, para não ficar devendo e com o nome sujo, e o da empresa, trabalhar sozinha por um bom tempo e sem receber por isso, para cobrir os débitos que haviam sido feitos, tendo sido este um período de muitas tensões e angústias, que deixaram intensas mágoas e más elaborações desses conteúdos e passagens.

Esse período de enriquecimento financeiro, também tumultuado no âmbito das relações e administração dos negócios e das relações, importante e decisivo foi para o advento da primeira crise, contribuintes desencadeadores do adoecimento psíquico.

Esse processo vivido por nós no âmbito familiar é também reflexo de todo um contexto macro estrutural e sócio histórico do país, pois:

*“no Brasil, a situação de capitalismo tardio dependente bem como o desenvolvimento e industrialização internos descompassados determinam que as patologias difiram e coexistam, desde as doenças de carência até aquelas psicossociais típicas dos países mais desenvolvidos, onde o avanço tecnológico dos meios de produção tende a tornar cada vez menos aparente a relação de causa e efeito entre trabalho e enfermidade” (Vorcaro, 1988, p. 37).*

A própria VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, já definia saúde como fruto das condições existenciais de vida, nos campos biológico, cultural e social (Vorcaro, 1988).

Já para outros entes familiares, o início do adoecimento psíquico de mãe foi a morte de um sobrinho policial, assassinado ao tentar evitar um assalto em um bar em Osasco, uma cidade da Grande São Paulo, no ano de 1986. Para mim é certo que essa perda intensificou seu sofrimento e também a marcaria para toda vida, associando o evento também a muita persecutoriedade envolvendo ‘as máfias’, ‘os italianos’. Porém, esse assassinato



desencadeador potencial da primeira crise psíquica, não é argumento plausível, pois foi este o sobrinho que retirou mãe da clínica na primeira internação.

“A ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente, entre aquelas do convívio familiar” (Colvero *et al.*, 2004, p. 30).

Essa diversidade de opiniões imprecisas acerca da primeira crise denota o desconhecimento e/ou desinteresse por parte da família em saber a história de vida do seu ente adoecido, o processo histórico e relacional do sofrimento psíquico.

É importante a comunicação no âmbito familiar (Satir, 1976) e a escuta pode contribuir para a desconstrução da invisibilidade e do silenciamento, “fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo” (Rosa, 2002, p. 11).

O desconhecimento e desinteresse denunciam a pouca participação familiar no cuidado e/ou uma produção de cuidado que não contempla o acesso suficiente à informação, para que se perceba a importância terapêutica de se conhecer melhor o ente, seus desejos, história, expectativas e projetos, conteúdos que podem potencializar a promoção da saúde, o protagonismo e a cidadania da pessoa em sofrimento (que não se reduz ao sofrimento), bem como ampliar a participação da família no cuidado.

A reforma psiquiátrica busca a cidadania do louco (Delgado, 1992), a participação da família e da comunidade no cuidado e a desconstrução da indústria da loucura. “Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado” (Amarante, 2010, p. 115).

Nos anos 70, na luta pela redemocratização e retorno dos movimentos sociais, o MTSM tornou-se emergente na Saúde Mental, na luta por reformas nos manicômios e, mais tarde, por transformações globais para toda sociedade (Vasconcelos, 2008b).

Ao crescer em sua visão e objetivos, o MTSM articulou-se internacionalmente e “tornou-se a ‘Rede Alternativas à Psiquiatria’, conhecida como ‘A Rede’, movimento internacional criado em 1974 por grandes nomes da antipsiquiatria, da psiquiatria democrática italiana e da psiquiatria de setor” (Amarante, 2009, p. 57).

De mãe, da maternidade à morte do sobrinho policial, um período do fim dos anos 70 até 1986, justamente em que o MTSM chegou ao ápice da sua visão transformadora estrutural para a sociedade e orientou-se que somente assim seria possível estabelecer as condições reais à promoção da saúde e à garantia dos direitos, com a construção de outro lugar social para a loucura, bem como foi neste período que o MTSM institucionalizou-se, com a entrada de ‘militantes gestores’ nos governos civis estaduais a partir de 1982, tendo iniciado aí sua

escalada de gradativo abandono da busca por transformações estruturais, para cada vez mais dar vazão às práticas amenas e locais, restritas a beneficiar o público específico da Saúde Mental.

Se o impulso revolucionário do MTSM, bem como de outros movimentos sociais, não tivesse sido contido pela institucionalização, talvez uma reforma psiquiátrica a partir de transformações mais amplas tivesse se tornado realidade.

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil não havia sido exitoso o bastante para transformar estruturalmente a realidade do país, como exemplo, o financiamento das internações na saúde mental, que em 1984 “o Brasil chegou a ter cerca de 110 mil leitos psiquiátricos em modelo asilar com foco exclusivamente na internação” (TV Câmara, 2014, s/p); ou o Inamps em 1985, já transcorrido o processo de redemocratização do país, que contratava 81,96% desses procedimentos em clínicas privadas, dos quais, apenas 4% destinados à assistência ambulatorial (Tenório, 2002).

Na ampla dimensão de transformações à sociedade, que o MTSM já havia sido capaz de vislumbrar, organizar diretrizes e democraticamente colocar-se em direção a elas, esperava-se mudanças mais substanciais e estruturais por parte desses governos e seus ‘militantes’ gestores, ou minimamente, mas em proporção escalar compatível e razoável para com as demandas e necessidades da população brasileira:

*"não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e\ou necessário; regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos em serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados [...]; expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multidisciplinares em saúde mental [...]; humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multidisciplinares" (Vasconcelos, 2008b, p. 33-34).*

Mas o Brasil e o MTSM institucionalizado nas gestões seguiram por caminhos neoliberais no sentido da abertura econômica e da globalização, o que implicava necessariamente em um processo mais lento e precarizado para a construção das redes psicossociais e da reforma psiquiátrica no país.

A “assinatura de acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), em fevereiro de 1983, obrigou o país a seguir o padrão neoliberal de enfrentamento da crise econômica, leia-se liberalização da economia e de drástica contenção do gasto público, enterrando o pacto nacional-desenvolvimentista” (Belluzzo, 1984, p. 163).

Segundo Delgado (1987), mesmo que transformações discursivas oficiais sobre um tema, como saúde mental, por si só não tragam transformações concretas nas instituições asilares, contribuem ao gerar tendências que influenciarão práticas futuras.

Na verdade, o Brasil é historicamente marcado pela “recusa a processos radicais de transformações político-institucionais: Independência do Brasil (1822); Monarquia constitucional parlamentarista; Abolição da Escravatura (1888); Proclamação da República (1889); Ditadura Civil-Militar (1964-1985) – nenhum destes episódios registrou rupturas radicais” (Ribeiro, 2015, p. 1).

A sorte de mãe e da família poderia ter sido outra se o Brasil, o MTSM e outros movimentos sociais tivessem continuado a luta pela transformação global da sociedade naquele período de transição para a redemocratização do país. Talvez muito antes teríamos tido acesso a uma rede ou serviço substitutivo e mãe não precisaria ter sido internada naqueles manicômios, por falta de outros referenciais que pudessem suprir essas nossas demandas e necessidades. Talvez ela nem tivesse adoecido ou adoecido tanto, ou se adoecesse, nosso olhar e cuidado teriam possivelmente sido outros.

O sistema, que nós ajudamos a multiplicar, nos adoeceu, e depois nos vendeu a cura, de nós retirando diretamente o dinheiro, através das instituições asilares particulares, ou indiretamente, através de impostos, nas internações em instituições conveniadas ou serviços substitutivos, ou seja, primeiramente com as internações de mãe nos hospitais psiquiátricos privados ou conveniados ao SUS, e depois com os próprios serviços comunitários da reforma psiquiátrica, sendo que, ambos, nunca foram capazes de promover transformações estruturais que realmente produzissem outro lugar para se viver, norteado por uma integral garantia de direitos e promoção da saúde.

Essa atitude reformista da reforma psiquiátrica trouxe ganhos focais e locais, como o acesso de alguns às políticas públicas, seus benefícios e serviços, porém, não trouxe uma contribuição significativa para a construção real de outra sociedade, nem foi capaz de formular um plano nacional intersetorial em saúde mental para o país.

A "intersectorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social" (Junqueira *et al.*, 1997, p. 26).

Ao abandonar a causa ampla por transformações globais, dá-se uma conjuntura contraditória, que atua no sentido da diminuição e reversão da histórica desigualdade social brasileira, mas lhe impõe sérios limites e dificuldades (Rodrigues, 2014).

Se segundo Saraceno, “o fato de um país do tamanho do Brasil não ter uma cobertura total desses serviços não significa que a reforma psiquiátrica está errada” (Formenti, 2009, s/p), a forma e a lentidão com que o governo a tem regido, em nome da governabilidade e da manutenção do poder, aliando-se às forças que historicamente representam a lógica manicomial e privatizante disseminada em toda sociedade brasileira, constitui grande contradição dessas gestões em suas trajetórias, que se mostraram incapazes em conduzir o país às mudanças estruturais traçadas e almeçadas pela sociedade, inclusive já garantidas constitucionalmente.

*“Circunstância política a ser abordada está relacionada com o fato de o país ter começado a implantar direitos e serviços de caráter socialdemocrata numa conjuntura desfavorável, dominada, tanto no plano mundial como no nacional, pelas práticas e ideias neoliberais. Essa conjuntura trouxe dificuldades diversas para a construção das novas políticas sociais, mas, com o tempo, veio a colocar um dilema crescente em relação à manutenção do próprio modelo socialdemocrata daquelas políticas, tal como definido pela Constituição. A partir da segunda metade dos anos 1990, por exemplo, o governo Fernando Henrique Cardoso deu início à implantação de políticas focais, claramente calcadas no modelo neoliberal proposto pelo Banco Mundial. Tais políticas não só tiveram continuidade durante o governo Lula, como foram fortalecidas e ampliadas” (Rodrigues, 2014, p. 114).*

A globalização não é mais que uma sofisticada reelaboração do capitalismo das nações industrializadas que buscam legitimar sua dominação ou dar maiores oportunidades ao capital financeiro no mercado dos serviços de saúde e os seguros sociais (Cueto, 2004).

Não possuo memórias da primeira internação de mãe, mas ela disse-me certa vez que pai a levou a um consultório particular e de lá o médico a encaminhou diretamente a uma clínica psiquiátrica, tendo sido internada involuntariamente. Algo marcante a que ela refere, é que ouviu representantes da clínica privada dizerem a pai que a quantia que ele estava a pagar ou oferecer à clínica era pouco dinheiro para o caso de mãe.

Não sei ao certo o tempo desta primeira passagem de mãe por uma instituição asilar, não me lembro dos fatos concretos da experiência vivida, mas sim de sua narrativa a posteriori, repleta de medo, insegurança e desejo de dali sair.

Num dos momentos em que abria a porta da clínica e ela conseguia um contato com o exterior, através do olhar apenas, empreendeu uma tentativa de fuga, sem êxito, mas que conseguiu arremessar a um transeunte na rua, um bilhete que havia escrito, com o nome e endereço de um sobrinho que era policial militar, a pedir-lhe socorro.

Essas instituições impedem que o internado possua quaisquer relações com o ambiente externo, ou seja, com o mundo, sendo essa a condição que "assinala a primeira mutilação do eu" (Goffman, 2003, p. 24).

A pessoa que pegou o bilhete, compadecida, foi ao encontro do tal sobrinho de mãe, entregou-lhe o bilhete, tendo ele então ido de viatura policial até a clínica, e mediante recusa desta em liberar mãe, através de ameaças e uso de sua autoridade policial, conseguiu libertá-la. Mãe seria eternamente grata a ele por isso.

Das outras internações, duas foram no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, em São Bernardo do Campo, instituição espírita fundada em 1968, que atende apenas pessoas conveniadas a planos de saúde ou clientes particulares (Henna, 2015).

Recordo-me de um belo jardim, área repleta de verde onde fomos fazer um passeio em família, nós sentados em um banco e mãe a dizer que o hospital era muito ruim e que aquele jardim não correspondia ao que de fato acontecia no dia a dia da instituição, pois ficavam misturados homens e mulheres, elas extremamente vulnerabilizadas pela hipermedicalização e situação extrema vivida em uma internação.

Diferente de outras especialidades, na psiquiatria, internar ou não, nem sempre é óbvio ou indiscutível e a crença da sociedade e profissionais, no hospital como lugar natural e eficaz ao tratamento, contribui para multiplicar internações (Tenório, 2002).

E mãe pedia para pai tirar ela de lá e, se bem me lembro, ele a tirou, mas por falta de dinheiro. Dentre as formas de sobrecarga apontadas por Koga e Furegato (2002), está a sobrecarga financeira, e tenho alguma referência de serem os valores altíssimos e pai, no balcão da secretaria do hospital, a tentar encontrar uma forma de obter algum abatimento dos valores para ter condições de continuar a pagar por aquele tratamento, que se tornava ainda mais caro, pois pai pagava um quarto diferenciado para mãe, dividido com uma pessoa e que possuía vídeo cassete para que pudessem ver filmes, quando disponibilizados pelo hospital, sendo que, assim, mãe não ficava nos quartos coletivos e recebia um tratamento um pouco diferente que os demais pacientes, o que não a impedia de ter aquela instituição como péssimo lugar para estar-se.

E da outra internação no Bezerra de Menezes, mãe fugiu, pulou o muro do hospital, metros de altura, tamanho o desespero para sair daquele lugar. Depois, já na rua, dirigiu-se a um vendedor de Hot Dog, explicou-lhe a situação, pediu-lhe o dinheiro da passagem para voltar para casa, foi atendida, tendo no dia seguinte regressado até o local e lhe devolvido a quantia emprestada, e lhe ofertado um 'Deus lhe abençoe'.

Depois de algum tempo, novas crises, e com os negócios da família já não indo tão bem, a internação já não podia ser em um hospital particular, não havia dinheiro.

Então alguém indicou a pai um médico psiquiatra particular, se bem me lembro, com consultório em São Paulo capital, próximo a Unifesp. Era um Doutor que cobrava caríssimo pela consulta na época, mas em seu serviço prestado estava incluída a indicação direta para uma vaga em um dos manicômios do ABC conveniado ao Sistema Único de Saúde, a Clínica de Repouso Borda do Campo Ltda.

Claramente aqui se percebe uma estrutura de corrupção e tráfico de influências, parte dessa rede abrangente da indústria da loucura, através da qual, um médico do setor privado, do seu consultório particular, mediante a cobrança de uma determinada e onerosa quantia à família, providenciava de forma privilegiada que uma pessoa fosse internada em um serviço conveniado ao SUS, o qual não estava estabelecido nem na mesma cidade em que o médico possuía seu consultório.

Após um tempo mãe saiu, creio que desta vez pelas súplicas a pai, que decidiu fazer o pedido para que ela saísse, uma ‘alta forçada’, que é a não recomendada pelo médico, mas a pedido de um responsável legal, mediante a assinatura de um termo de responsabilidade, pois as condições da instituição eram mesmo muito ruins.

Adolescente, naqueles anos 1990, lembro-me de ter lá estado poucas vezes para visitá-la, a cena se repetia, imensa área verde, casa com pátio e quartos onde ficavam os doentes que perambulavam e pediam sempre cigarros a qualquer um que chegasse.

Henna (2015) traz a história de Mariana, que iria ser internada na mesma Clínica de Repouso Borda do Campo, mas seu marido, ao visitar o hospital e perceber que lá “as condições eram muito ruins [...] disse à psicanalista: Pelo amor de Deus! Eu não vou deixar a minha mulher aqui! A psicanalista, por sua vez, indicou um hospital psiquiátrico particular no município de Itapira, interior do Estado de São Paulo” (p. 51).

Das visitas ao outro hospital, o Bezerra de Menezes, me lembro de estarmos a participar de uma grupo de família, onde fazíamos uma grande roda com outros familiares e havia troca de experiências. Lembro-me de duas reuniões, eu devia ter entre 12 e 15 anos nesse período, em que houve duas internações neste hospital.

Pelo menos em uma ocasião recordo ter havido troca de experiências entre familiares. Um dos participantes trabalhava em uma emissora de TV e fiquei fã dele. Depois descobrimos que mãe dividia o quarto justamente com a esposa deste senhor, e que ela havia dito que o marido a tinha internado para poder ficar com a amante.

Longe de fazermos algum juízo de valor desta passagem e caso específico, Daniela Arbex (2013), em seu livro ‘O Holocausto Brasileiro’, traz a informação que no Hospital Colônia em Minas Gerais, eram internadas mulheres cujo objetivo era o encarceramento para que os maridos pudessem viver com as amantes.

Em uma das visitas, era aniversário de mãe, eu a vi presa nas grades, dentro da ala do hospital, sentada em um banquinho de cimento a esperar nossa chegada, apreensiva e ansiosa com medo de não aparecermos. Lembro-me dela, parecia uma criança, sentada balançando as perninhas suspensas no ar.

Entramos grade adentro, eu a beijei, ela emocionada, pensando que não lembrávamos, disse ser seu aniversário. Permaneci um pouco, mas rapidamente saí, fui ao carro, que estava no estacionamento, e chorei, sem saber como lidar, sem aceitar aquela situação, queria minha mãe fora dali.

Waidman (2004) relata inúmeras histórias como essa, em que a tristeza e o choro se fazem presentes e a vontade dos cuidadores é a de abandonar tudo, devido à impotência com que se defrontavam diante de determinadas situações.

Respirei, reuni forças, e retornei, porém, não tendo mais sido permitido ir ao encontro de mãe grade adentro, foi ela quem se aproximou, chorosa, sob a pressão e a vigilância da funcionária que a queria recolher ao pátio, situado para além de outras grades, mas também tendo permissão para rapidamente despedir-se, pois a funcionária estava também compadecida, bem como outras internas por ali, que sabiam da situação.

Ao mesmo tempo em que me ofertava um cuidado, por ter percebido que não estava bem, mãe tentava entender o porquê eu não havia ficado e perguntou-me se havia ido embora por causa do ambiente daquele lugar, já sabendo e querendo acreditar na resposta que viria com um movimento gestual afirmativo com a cabeça, que emocionado consegui empreender, sendo o bastante para ela não se sentir ainda mais abandonada, mas pelo contrário, ser-lhe permitido ser mãe, recuperado um pouco de sua humanidade capturada por aquela instituição. Em um gesto final de cuidado, para amenizar minha dor, ela disse que iria ficar bem.

Mariana, utente internada no Bezerra de Menezes, relata de forma ímpar a tensão da espera nos dias de visitas, permitidas somente após quinze dias da admissão:

*“No dia escolhido por eles para o dia de visitas, formavam-se filas, um enfermeiro chamava nome por nome e as pessoas que recebiam a visita de seus familiares, quando chamadas, iam para outra fila, aguardar o portão abrir. O coração parecia que ia sair pela boca, o medo de não ter ninguém para nos visitar era pior do que as portas que se fechavam, os barulhos das chaves rodando (...). Mas quando eu escutei o meu nome, corri, senti um nó na garganta, um aperto no coração, quando*

*a porta se abriu vi o sol brilhando na minha frente, percebi que minha mãe estava de pé, bem na frente” (Henna, 2015, p. 52).*

A internação na Clínica de Repouso Borda do Campo foi a última em uma instituição asilar, pois ficamos sabendo que existia outro serviço para o tratamento de transtorno mental em Santo André, um tal Hospital Dia. Tanto quanto existir, foi fundamental essa informação ter chegado até pai.

A internação ao longo dos anos foi a única forma que encontramos para lidar com as crises e, mesmo que não a melhor, cada família busca a harmonia cotidiana possível e desenvolve sua maneira de cuidar do ente doente (Waidman e Elsen, 2006).

Se não fosse a institucionalização do MTSM e aqueles militantes gestores nos governos, provavelmente não haveria um serviço comunitário como aquele em minha cidade àquela altura e o ciclo de internações involuntárias não teria passado. Com a institucionalização dos movimentos pela reforma psiquiátrica, podia-se ter "uma sede, uma secretaria, maiores possibilidades de fundos, que possibilitariam uma agilidade administrativa - e conseqüentemente política - maior" (Amarante, 2009, p. 57).

Minha primeira vez no Hospital Dia, que me lembre, e de forma pouco precisa, foi em uma manhã de sol. Nada mais simbólico, pois foi exatamente o que aquela nova proposta de cuidado da reforma psiquiátrica significaria em nossas vidas.

“Era necessário que se construísse um local ao qual este tipo de paciente reconhecesse como terapêutico e acolhedor” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 170) e, se por um lado, aquela opção dos movimentos sociais pró-reforma psiquiátrica, de institucionalizarem-se e seguir caminhos de reformas vagarosas e locais, nos fez ainda sofrer com as internações de mãe e os maus cuidados que se seguiram, por outro lado, quando a reforma psiquiátrica chegou, foi uma verdadeira revolução em nossas vidas.

Há práticas de mudanças cujos resultados não são satisfatórios em curto prazo ou, por serem sutis, não aparecem aos olhos dos usuários e tendem a gerar certa frustração e descrença por parte da população, parecendo que são para exclusivo proveito dos grupos que estão no poder (Inojosa, 1998).

Naquela então ‘reforma revolucionária’, minha família era parte do público específico pleiteado por aqueles ganhos locais e pontuais de assistência na saúde mental, um processo vagaroso que beneficiava aqueles a ele diretamente relacionados, mas que, ao beneficiar, promovia realmente grandes transformações em suas vidas.

Uma revolução dentro de uma reforma, contribuidora e cúmplice das internações de mãe nas décadas de 80 e 90, mas redenção a partir do acesso garantido a uma rede de apoio



psicossocial, uma ‘apenas reforma’ e seu gradativo movimento de abandono dos objetivos mais amplos das causas sociais e transformações de base para o país, institucionalizada para produzir ganhos locais ao seu público restrito.

No período de internações em hospitais psiquiátricos, era observado apenas ‘melhoras’ de curto prazo em mãe, e ‘melhoras’ comportamentais, influenciadas pela hipermedicalização ou mesmo pelo medo que ela tinha de voltar para o hospital, que então a fazia ficar ‘boazinha’.

Na antipsiquiatria, Lang trás legitimidade à loucura que, "enquanto experiência do outro não pode ser normatizada nem com a violência da psiquiatria nem com a atribuição interpretativa da psicanálise" (Saraceno, 2001, p. 67).

Eu, adolescente, vivi tempos rebeldes, creio que também relacionados a essas questões de saúde mental e a falta de cuidado à família por parte dos serviços que então nos assistiam. Mas também foram tempos felizes e despreocupados de responsabilidades, inclusive em relação ao cuidado à mãe, com pai quase que sozinho nisto, sobrecarregado e mal referenciado em termos de acesso a informações e cuidado.

O convívio com a psicose e com o sofrimento psíquico grave de um familiar produz mudanças na rotina e nos hábitos da família e pode causar sobrecarga em seus membros (Koga e Furegato, 2002; Barroso *et al.*, 2007).

Segundo Hirdes e Kantorski (2005), a sobrecarga pode ser objetiva e/ou subjetiva, nas demandas reais que a convivência com o sujeito psicótico impõe ou no universo de sentimentos vivenciados pelo cuidador, como no tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica ou para trabalhar, ansiedade, culpa, vergonha, isolamento e desinformação sobre a doença.

Com exceção do Hospital Bezerra de Menezes, que me lembre, que convidou-nos apenas duas vezes para participarmos dos grupos de apoio a familiares, nas outras instituições asilares não me recorde de termos estado para algum trabalho exclusivo desse tipo, pois a elas parecia não ser prioridade a participação e inserção da família no cuidado, embora tenham aparecido algumas raras informações sobre isso.

Na lógica manicomial, a família, se participa do cuidado, é pouco, pois a priori é no isolamento que consiste a essência do seu tratamento e, tendo o asilo o status de função terapêutica eficaz, o médico argumentará para convencer as famílias a ficarem distantes de seus doentes (Nicácio, 1990).

Segundo Rosa (2011), as relações de cuidado são conformadas social, política e culturalmente e sofrem transformações ao longo dos anos. Assim, minha entrada no grupo de

família no CAPS nos anos 2000 marca, embora apenas timidamente, o início de uma participação mais ativa e consciente no cuidado e na sociedade.

Bem antes disso, lembro-me de passar tardes a massagear mãe por causa dos efeitos colaterais dos remédios que tomava, não só na época das internações involuntárias, mas também anos após recebermos cuidado na rede comunitária, que parecia inundada de resquícios manicomiais e da psiquiatria tradicional, focada na intensa medicalização, sem a estruturação de alternativas em busca de um cuidado integral, tendo os familiares como ‘maus familiares’, resistentes às orientações, culpados pela dificuldade de se atingir as metas institucionais (Colvero *et al.*, 2004).

Desta forma, mesmo que já em uma rede substitutiva, ainda não havia para nós a construção de alternativas reais de ressocialização, um projeto terapêutico para mãe e um trabalho adequado e satisfatório com a família, sendo essas questões algo “que atravessa a clínica asilar, com graves prejuízos ao paciente, e que os serviços posteriores à reforma ainda lutam para se desvencilhar, a centralidade do diagnóstico médico e do tratamento farmacológico” (Campos *et al.*, 2010, p. 510).

“A prática centrada na medicalização e na terapêutização se alimenta e reproduz nas condutas individuais e institucionais, na condição de trabalho inadequada e no montante insuficiente de investimentos políticos e financeiros para a implementação dos serviços substitutivos e da Reforma” (Libardi, 2008, p. 29).

*“Ocorre também que o CAPS não pode se tornar a única referência de vida dos pacientes, a tal ponto que estes não se sintam capazes de seguir adiante quando recebem alta ou tem seus sintomas em processo claro de remissão. O cuidado aqui é que a antiga “institucionalização do paciente psiquiátrico” não retorne em uma nova roupagem, como uma verdadeira prisão sem muros” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 170).*

Desta forma, só fui a um grupo de família do serviço substitutivo muitos anos após mãe já receber o cuidado na rede psicossocial que, tal qual o manicômio, com a diferença que mãe voltava todos os dias para casa, continuava a contribuir para causar um enorme sofrimento a todos nós, principalmente para ela, que devido à quantidade e aos efeitos colaterais das medicações, sentia o corpo repuxar violentamente, a ponto de parecer não aguentar a dor, tremer muito, com tonturas e vertigens, dentre outros, que a impossibilitava de ter uma vida social participativa e saudável.

*“Só quem já viveu a experiência de uma crise mental grave sabe do desamparo e do sofrimento que ela implica. Ela tem um efeito devastador: é como se o chão*

*embaixo de nós desabasse, e a partir daí, como em uma fila de peças de dominó, todas as outras esferas da vida vão também caindo. Esse efeito é também vivido com muita dor pelos nossos familiares” (Delgado, 2013, p. 9).*

Eu primeiramente, quando no grupo de família do CAPS/NAPS, ao ver as pessoas a discutir política, ficava sem entender o porquê, pois achava que ali, aquele espaço para a família, deveria ser pautado por discussões acerca das questões biológicas relativas à doença de mãe, na expectativa de receber alguma orientação de como melhor lidar com as situações por nós vividas em casa e ir à busca da cura.

*Mas a questão é “exatamente em se ficar nesse sistema normativo em que se acreditar que o problema se restringiria a uma nova tecnologia da cura [...] não cabe apenas pensar uma relação com a loucura em termos de cura [...] mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura” (Birman, 1982, p. 240).*

A participação política é fundamental na construção da autonomia (Delgado, 2010) e as técnicas investigativas tradicionais de “métodos biológicos e experimentais ou epidemiológicos convencionais são insuficientes” (Vorcaro, 1988, p. 37).

Percebo claramente em minha trajetória individual e familiar, que a ampliação da visão do adoecimento como processo integral trouxe, no mínimo, duas grandes contribuições para nossa saúde, uma que alivia este sofrimento isolado em concepções da doença com cunho e origem somente biológicos, e outra porque a própria ampliação do olhar para as questões integrais, impulsiona um novo fazer, que acredita na possibilidade da melhora, a partir de novas construções relacionais, promove a busca por um maior autoconhecimento como parte, dentre outras, da produção do cuidado e de um melhor lidar, mais otimista, sensível e participativo, que já não mais se acomoda na inércia familiar, amparada muitas vezes pela crença na contínua e progressiva degeneração do doente, restando ao familiar, sofredor e cúmplice manicomial, cumprir seu papel em meio ao ciclo adoecimento/crise/internação.

*Não existe “uma causa única, isolável, objetivável para o sofrimento psíquico; ela é processual e subjetiva, e inscreve-se na interação entre o corpo pulsional e a cultura, ou seja, não há como investigar os transtornos sem o trabalho com o sujeito, sem permitir a manifestação e o desenvolvimento daquilo que há de singular em cada caso, da singularidade do sujeito” (Campos et al., 2010, p. 507).*

Também não entendia algumas pessoas ali no grupo de família, que pareciam já mais experientes, defenderem o Sistema Único de Saúde, diziam que ele era bom e que tínhamos

que lutar por ele. Eu não entendia como poderia ser bom aquele sistema que precarizava tanto o acesso à saúde da população, que demorava meses e meses, até mais de um ano para se ser atendido, dependendo da especialidade.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira, porém, inúmeras são as questões que ainda impedem sua consolidação e a garantia de acesso com qualidade a esse direito fundamental que é a saúde, como os aspectos políticos, as deficiências de financiamento, as dificuldades de gestão e a proposital debilitação da burocracia pública em função da opção política neoliberal das últimas décadas (Rodrigues, 2014).

Com o tempo, gradualmente percebi o porquê daqueles temas e que a ação política também fazia parte do cuidado, pois a luta por transformações sociais estava diretamente implicada em nossa saúde mental, bem como o empoderamento para uma real participação social na construção do processo democrático no SUS (Martins, 2008).

Apesar do grupo de família ter sido importante nesse início de maior contato com essa nova proposta de cuidado na saúde mental, o verdadeiro impulso para que eu passasse realmente a ser um potencial cuidador e militante social, foi minha entrada no Jornal Vozes da Saúde Mental, projeto intersetorial que consiste em uma mídia democrática e independente (Jornal Vozes, 2006), onde ganhei uma enorme impulsão identitária com a saúde mental e com a reforma psiquiátrica. O Jornal Vozes da Saúde Mental é formado exclusivamente por usuários e familiares da saúde mental, e majoritariamente por usuários, porém, sendo que por vezes algum membro simultaneamente pode estar a trabalhar na rede psicossocial de alguma das cidades do ABC.

Segundo Inojosa (2001), a intersetorialidade constitui uma articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização, avaliações de políticas, programas e projetos cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas.

Como repórter do jornal, fui potencializado de tal maneira que em pouco tempo minha vida já estava completamente transformada. Já nas primeiras reuniões fui integrado e incentivado a uma participação intensa e logo contribuí em uma primeira matéria jornalística, cobrir um festival cultural de inverno que estava a ocorrer na cidade, onde entrevistei grandes nomes da música brasileira, como Seu Jorge, Zeca Baleiro, Otto, Kleber Albuquerque, dentre outros, estando em espaços privilegiados de acesso à imprensa, e aquilo tudo elevou imensamente a minha autoestima, deu-me um lugar social importante e reconhecido, de potencial expressão e possibilidade de trocas, um crescer em todos os sentidos, algo que jamais um serviço asilar havia possibilitado.

A reforma psiquiátrica organiza usuários e familiares em sua defesa e luta antimanicomial, e em um contexto cultural de representações difusas e estigma da loucura na sociedade, norteia-se pelo empoderamento, participação, conscientização e humanização, que tem se constituído estratégia fundamental no processo de enfrentamento individual, familiar e coletivo dos desafios da vida real em meio ao sofrimento psíquico e às necessidades de transformações sociais para a construção de uma nova sociedade e outro lugar social para a loucura (Vasconcelos, 2008b).

Na estrutura manicomial, pelo contrário, os hospitais, quando muito, nos convidavam para algumas reuniões familiares esporádicas, sem uma real inserção, empoderamento ou potencialização para a produção de projetos de vida ou do cuidado.

No manicômio, a família é, senão a causa, a ocasião da alienação, “o que vai precipitar o episódio da loucura são as contrariedades, as preocupações financeiras, o ciúme amoroso, as tristezas, as separações, a ruína, a miséria” (Foucault, 2006, p. 124).

Nos hospitais psiquiátricos em que mãe foi internada, nem para ela houve a busca pela elaboração de um projeto terapêutico que a impulsionasse à autorrealização e à cidadania, embora, fundamentalmente, deveria se “trabalhar efetivamente para que seja um sujeito de desejos e projetos” (Amarante, 2010, p. 115).

Já eu, inserido em uma reforma psiquiátrica com formação permanente e intersetorial, passei paulatinamente a ampliar minha participação e atuação na sociedade, como membro da Associação de Usuários e Familiares José Martins de Araújo Junior, do Fórum Popular de Saúde Mental da Região do ABC, do Fórum Paulista da Luta Antimanicomial e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sendo representante regional, primeiramente, e posteriormente estadual através da Câmara Técnica de Saúde Mental e da Comissão Estadual de Saúde Mental, ambas do Conselho Estadual da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, bem como representante da região sudeste e nacional.

Estratégia dos movimentos populares, a participação dos usuários e familiares pode dar-se em diferentes níveis e instituições, como por exemplo, em “instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, como prerrogativa do controle social da sociedade civil das políticas públicas” (Vasconcelos, 2008b, p. 70).

Foram inúmeros trabalhos, fóruns, congressos, encontros, reuniões, participações e conferências, uma pluralidade de espaços em que atuei em defesa da reforma psiquiátrica em todo país.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que ocorreu em todo país, reafirmou-se a necessidade de legitimar, intensificar e multiplicar a participação e o

empoderamento de usuários e familiares como uma necessidade real do movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial (Delgado, 2010).

Foi a partir da reforma psiquiátrica, e fundamentalmente do Jornal Vozes da Saúde Mental, e depois a militância na saúde mental, que se multiplicou e espalhou para outros movimentos e causas sociais, que eu, familiar inserido no cuidado, em pouco tempo motivei-me e pude galgar novos horizontes e realizações e também gradualmente passei a contribuir para a construção de processos e projetos importantes para o país.

O diferencial deste percurso, que acentua meus ganhos em relação ao restante da família, nessa transição e relação com o modelo da reforma psiquiátrica, foi estar inserido em uma rede intersetorial de processos de educação permanente e oportunidades, tendo eu sempre desenvolvido o tema Saúde Mental e, se antes, quando envolto na estrutura manicomial, acreditava ser a loucura uma das grandes responsáveis pelas minhas fraquezas e não realizações, hoje, pós reforma psiquiátrica, ela é a minha grande fortaleza e impulso de vida, a ponte principal para o meu desenvolvimento e bem estar, minha obra, minha projeção e contribuição à sociedade.

A obra de Basaglia marca a transição do manicômio para a reforma psiquiátrica, do dispositivo da alienação para o dispositivo da saúde mental, ruptura e descontinuidade prática e teórica das estruturas então vigentes (Amarante, 1994).

Assim, aos poucos, aquele imaginário da saúde mental que tanto me remetia à ideia de castigo do destino e sofrimento, deu lugar a novas concepções e possibilidades, passou a ser a grande mola propulsora do meu desenvolvimento e humanidade.

A IV CNSM-Intersetorial trouxe um otimismo e impulso por um busca intersetorial e passei então a participar de outros movimentos sociais, como por exemplos, Educação Popular, Direitos Humanos, Movimento Nacional da População de Rua, dentre outros, na busca pela constituição de uma ampla rede de atores e transformações estruturais para sociedade, como aquelas objetivadas pelo MTSM e outros movimentos sociais na transição dos anos 70 e 80, quando no ápice de suas projeções sociais ao país.

Enfim, sinto de maneira concreta as mudanças em mim e na vida da família, na forma de ver, estar e atuar no mundo, nessa transição dos hospitais psiquiátricos para a reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica, se com mudanças sociais, econômicas, científicas, culturais e institucionais (Amarante, 2010), constitui um “processo de invenção de outra realidade” (p. 114).

No passado, apesar de ter sido aquele referenciamento asilar importante e fundamental para nós continuarmos unidos e sendo família, ele mais paliativamente através de seus

métodos ‘resolvia’ momentaneamente as questões pontuais das crises de mãe, e dos então ‘problemas da família’, mas jamais foi capaz de conosco contribuir para a estruturação de um horizonte de perspectivas e possibilidades mais amplas de estar e atuar no mundo, que convergisse para um futuro no qual nós gradualmente viéssemos a precisar menos daqueles serviços ou intensificássemos a libertação daquele ciclo dependência sofrimento/crise/internação.

É notória a medicalização dos problemas sociais e da individualização de mal-estares coletivos reproduzidos incessantemente através de diversas práticas, inclusive sob um falso e dissimulado discurso de promoção da saúde (Vorcaro, 1988).

Isso fazia com que a dinâmica da vida se repetisse continuamente, ou seja, mãe ia internada, voltava ‘reformada’ para casa sob o efeito de remédios, parecia não ser ela, um ser amorfo, que aos poucos voltava a parecer ‘alguém normal’, que passava algum tempo ‘bem’, mas na verdade também sofria calada para não deixar transparecer sintomas que poderiam justificar uma nova, dolorida e traumatizante internação, embora fosse impossível acobertá-los demais, pois os efeitos colaterais dos remédios eram tão intensos e as condições tão precárias que, com o tempo, surgiam sintomas e crise.

Nessas condições, perde-se o poder de ‘contratualidade’, que é a capacidade que tem o sujeito de trocar valores em sua vida com os demais integrantes do corpo social, expressando também seus desejos (Saraceno, 1996).

O convívio com a pessoa em sofrimento psíquico não é fácil e, ao longo do tempo altera a vida na casa e gera desgaste físico e mental para a família (Koga e Furegato, 2002). Assim, para a família e a comunidade, parecia que estava tudo certo se o sofrimento de mãe não fosse visível ou intensamente manifesto, ela ‘boazinha e educadinha’ em termos de comportamento social era o bastante para nos confortarmos, e mesmo sabendo que as coisas não estavam certas, dissimulávamos, pois também precisávamos descansar daquele período violento e tenso que era o tempo de crise.

Há claramente aí uma questão de gênero, machista e sexista, de impor à mulher um lugar social que a espera cumprir pré estabelecidamente determinadas funções, o bastante para ser considerada bem adaptada à sociedade, mas tendo aí invisibilizadas muitas de suas potencialidades, bem como a expressão de suas angústias, algo que tende a ser caro à saúde e fator incisivo no processo do adoecer.

Na cultura contemporânea, há uma tendência para tornar certos sofrimentos sociais invisíveis à população, invisibilidade esta construída a partir de um processo histórico, no

qual determinados grupos e pessoas são silenciados em suas necessidades e desejos, o que gera dificuldades de inserção nas instituições sociais (Carreteiro, 2003).

E só conseguíamos parcialmente este alívio, com ela internada, pois a falta que sua presença trazia para à casa era imensa, bem como a culpa que sentíamos por manda-la para os hospitais psiquiátricos, coisas que não nos permitia um alívio pleno e constante, embora também àquela altura a internação fosse nosso único recurso e referencial e o hospital psiquiátrico o lugar para o qual mãe deveria ir, acreditávamos.

Por vezes, os familiares não se sentem capazes de conter a crise, optando por internar o sujeito (Pinheiro *et al.*, 2010). A família também se torna cúmplice das instituições manicomiais nas internações, sendo grata a elas por aliviar-lhe dos problemas de ter de lidar com o doente (Moreno, 2000).

O encarceramento de um ente é o encarceramento de toda a família, tende a deixar marcas para toda vida e, em um nível mais sutil e estrutural, é o encarceramento de toda sociedade em meio às formas violentas e descuidadas com que ainda costumeiramente lidamos com a pessoa em sofrimento psíquico, pois a estrutura familiar decorre do seu contexto cultural no qual está inserida, sendo que ambientes autoritários a condiciona reproduzir os vícios da estrutura maior da sociedade (Oliveira, 2011), sendo a família uma das ferramentas mediadoras no processo educativo e formador do humano, nos moldes pré-definidos pelo próprio Estado (Cooper, 1973).

A família imputa aos sujeitos papéis sociais e os normatiza em limites pré-estabelecidos, sócio-histórico e culturalmente, dosa planejadamente as liberdades possíveis, dentro dos limites estipulados para as ações e as relações (Cooper, 1973).

Segundo Pichon-Revière (1982), no processo de adoecimento e diagnóstico psiquiátrico de um ente na família, a dinâmica grupal é alterada e ele passa a ser segregado, depositário da ansiedade dos outros membros, sendo o prognóstico dependente da disponibilidade e capacidade de acolhimento do grupo.

É claro que, no caso de mãe, bem como de tantas outras famílias, essa repressão, estigmatização e invisibilidade social engendra um processo de adoecimento que, se em um primeiro momento pode ser camuflado por todos, tanto por quem não quer revelar seu sofrimento, quanto por quem não quer acreditar que ele exista, posteriormente ao intensificar-se, não se poderá dissimular e conter, e os sintomas transbordarão em forma de crise que, levada a solavancos pela pessoa em sofrimento, pela família e pela comunidade por certo tempo, redundará em uma nova/velha internação, pela ausência de orientação e cuidado preventivo e promocional da saúde durante todo o processo.



A ideia não é “ser excluído, violentado, discriminado, mas receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito” (Amarante, 2010, p. 115), pois, no ‘protagonismo do sujeito’, busca-se a construção de condições para uma volta progressiva à sociedade como agente do processo (Pitta, 1996).

De fato, a terapêutica manicomial não contribuiu para sermos mais independentes e saudáveis, sua função foi somente acolher-nos em momentos mais agudos, sem um projeto a posteriori, sem um trabalho a médio e longo prazo e sem a promoção de cuidado à família, no sentido de uma concepção mais ampla do adoecimento como processo sistêmico, complexo e integral, dentre outros.

Segundo Vasconcelos (2008a), sempre a "historiografia da psiquiatria na prática alienista foi o tratamento moral dos confinados em ambiente asilar, como uma substituição ao meio familiar patogênico [...] marcada pelo exercício da autoridade do médico, impondo a submissão pela vigilância" (p. 36).

Já a reforma psiquiátrica busca a desconstrução dos paradigmas asilares, indo além do aperfeiçoamento ou da humanização dessas instituições (Delgado, 1992), sonha um projeto de horizonte democrático e participativo, onde são protagonistas os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos (Brasil, 2005).

Também, assustadoramente, anos e anos após o início das crises e internações de mãe, um familiar daquele antigo casal de sócios que também um dia esteve, indiretamente através deste casal, ligado aos negócios da nossa família, e que a muito já era acusado por mãe como sendo mafioso e corrupto, foi uma década depois preso em uma grande operação policial contra o crime organizado, a qual repercutiu nacional e internacionalmente e envolvia somas vultosas de desvio de dinheiro público por políticos e agentes do judiciário brasileiro.

Outro caso, um coronel da polícia militar, que mãe, também, muitos anos antes, acusava-o de estar associado ao crime organizado, e que anos e anos depois foi preso como articulador de uma verdadeira estrutura mafiosa envolvendo o tráfico internacional de armas a partir de uma cidade da Grande São Paulo, onde residia.

Desde a fundação do Hospital Geral, em 1652, os considerados indisciplinados ou loucos foram mantidos fora do convívio social, tendo essa lógica perdurado através dos séculos e sido impulsionada com a proliferação dos manicômios e internações, bem como em períodos ditatoriais, que perseguiram, exilavam e prendiam os contestadores, encarcerava-os em asilos e hospitais psiquiátricos a partir da caracterização de insanos e da loucura, submetia-os a diversas violentas intramuros, como forma de punição. Isso foi amplamente

denunciado pela Antipsiquiatria e outros movimentos sociais e intelectuais ao longo das décadas (Oliveira, 2011).

É importante haver e bem funcionar serviços que orientem e apoiem os cuidadores em suas dificuldades, contribuam com sua qualidade de vida e comprometimento, sem que isso custe sua própria saúde (Waidman *et al.*, 2002).

Não podemos deixar de recordar que não foi/é somente a reforma psiquiátrica que me permite estar hoje nesse novo lugar social, mas o capital cultural de toda uma vida, possibilitado também pelo trabalho daquele casal interiorano, inferiorizado e estimulado a migrar para os grandes centros em meio ao projeto desenvolvimentista industrializante tardio vivido pelo Brasil, como parte de uma estruturação internacional maior para a consolidação de uma nova etapa do capitalismo, fundamentalmente a partir das nações europeias centrais, o projeto de modernização e industrialização de países do terceiro mundo, para a exploração da mão de obra e a expansão da dominação, do capital e do consumo.

É neste contexto, nesses processos de conflito e paz, que tornamo-nos explorados e exploradores, constituídos sob uma história de sofrimento e luta pela sobrevivência, ‘redenção pelo progresso’ para alguns, com a ‘justa’ retribuição meritocrática pela árdua jornada e trabalho, ‘incluídos para excluir’, incluindo outros para excluírem, mola propulsora do sistema, e nele a indústria da loucura, que nos vitimou/vítima impiedosamente, talvez pelo ‘demérito’ de, com ela termos corroborado, diretamente nas internações, mesmo que dela fossemos reféns e não tivéssemos outras opções, bem como indiretamente através da forma e valores com que conduzíamos as nossas vidas, nesse processo complexo e integral, que ainda pede um lugar à gratidão, pois sem isso tudo, não seria possível aqui estar, tão pouco sem a loucura, hoje minha redenção.

### **6.1.No Hospital Psiquiátrico Lacan: ação cidadã em prática no pós Reforma Psiquiátrica**

Sendo representante dessa nova gama de pessoas fruto das potencialidades e concretudes cidadãs e de participação social e popular a partir da reforma psiquiátrica brasileira, como membro do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC e da Luta Antimanicomal em 2013 fui convidado a compor a comissão do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH-Psiquiatria), para realizar uma inspeção no Hospital Psiquiátrico Lacan, em São Bernardo do Campo, o último na região do

ABC que ainda possui leitos públicos de internação, tanto conveniados ao SUS (na época), quanto aqueles pagos diretamente pelo Governo do Estado de São Paulo (ainda hoje).

O Fórum Popular de Saúde Mental do ABC está coligado ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e reúne usuários, familiares, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde mental das sete cidades da região do ABC.

Entre os instrumentos de gestão que permitem a redução de leitos de hospitais psiquiátricos, de forma gradual, pactuada e planejada, está o PNASH-Psiquiatria, instituído em 2002 e de responsabilidade do Ministério da Saúde, que conta também com a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo o primeiro no Brasil em termos de processo avaliativo anual e sistemático dos hospitais psiquiátricos, realizado por técnicos de três campos complementares, o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo (Brasil, 2005).

*“O PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS” (Brasil, 2005, p. 45).*

Na inspeção, segue abaixo o relato do que vi.

Durante a limpeza das enfermarias, pacientes eram obrigados a permanecer no pátio, expostos ao sol, andando de um lado para outro, pedindo cigarros, agachados, sentados ou deitados no chão.

Nesses locais a humanidade fica reduzida apenas à forma, pois somente olhando de longe aquelas figuras podem lembrar um ser humano, uma vez que seu conteúdo e suas ‘funções’ são taxadas como aberrantes e trágicas. Dignas de sentir pena, medo, nojo (Vilhena e Rosa, 2012).

Sem acompanhamento de técnicos no pátio, os pacientes pediam o tempo todo um momento de conversa com os visitantes. Muitos pediam aos visitantes para entrar nas enfermarias, já que a porta do pátio havia sido aberta, mas foram impedidos porque não era hora da entrada.

Segundo Goffman (1961), “quando as pessoas se movimentam em conjunto, podem ser supervisionadas por um pessoal cuja atividade principal não é orientação ou inspeção periódica, mas vigilância, fazer com que todos façam o que o que foi claramente indicado como exigido” (p. 18).

Sem acesso aos banheiros, os pacientes eram obrigados a urinar e defecar no chão e foram vistos amontoados de fezes frescas, cheias de moscas e um forte cheiro de urina.

Pelo pátio foram vistos também vários objetos perfurantes, como arames enormes e pontiagudos que facilmente poderiam ser utilizados como ‘armas brancas’, sendo que o próprio enfermeiro que nos conduzia recolheu um desses objetos e relatou ser comum encontrar aquele tipo de objeto naqueles locais.

Segundo Paula (2012), houve já denúncias por parte de funcionários do Hospital Lacan em 2012, quando um grupo do corpo de enfermagem denunciou episódios de violência, efetuados por pacientes, com “casos de agressão e ameaças infringidas a funcionários” (s/p), dentre uma variedade de outros casos, como por exemplo, de uma trabalhadora ameaçada de morte com uma “arma branca, fabricada por um interno” (s/p), ou de funcionários que foram “amarrados, amordaçados, espancados e roubados por pacientes que fugiram em seguida” (s/p).

Não havia banheiros ou bebedouros no pátio, mas uma pia encardida e velha, dentro da qual uma cueca, e torneiras de mangueiras de regar jardim, próximas ao chão, sendo que os pacientes tinham que agachar até o chão para beber água nessas torneiras.

Segundo Goffman (2003), nas instituições totais os internados possuem o itinerário inteiramente construído por terceiros e as relações regidas são de forma hierárquica, com papéis absolutamente definidos.

As enfermarias eram grandes, escuras, mal ventiladas e com calor intenso. As camas com colchões rasgados, estreitos e de baixa densidade, sem lençol e forradas com cobertor surrado. O espaço entre os leitos não estava de acordo com a RDC 50/02, conforme as referências do PNASH.

A RDC 50/02 “dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde” (Brasil, 2002c, p. 1).

Havia paredes em péssimo estado de conservação, com rachaduras, bolor, sujeira, teias de aranha, sangue e secreções, bem como tomadas que possuíam adaptações inadequadas, algumas sem funcionar, outras com fios expostos.

Não havia portas nos banheiros, nem nos locais onde se encontravam os vasos sanitários e chuveiros. Os mictórios estavam em péssimo estado de conservação, alguns com reparos inadequados, com crostas de sujeira e forte odor de urina.

Nos locais dos chuveiros não havia escoamento da água, ficando o piso empossado com a água do banho, podendo ser fonte transmissora de doenças. Não havia papel higiênico para utilização dos pacientes.

*“A institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional” (Basaglia, in Amarante, 2010, p. 84).*

Os armários que deveriam servir para guardar os pertences dos usuários estavam em péssimo estado de conservação, com ferrugens e sujeiras, sendo subutilizados ou não utilizados.

É comum, nessas instituições, as pessoas andarem com seus pertences em tempo integral, como por exemplo, nos revela Mariana, ex-interna de hospital psiquiátrico entrevistada por Henna (2015), que ficava em um pavilhão fechado onde tinha que andar agarrada a sua sacolinha de pertences, pois, do contrário, as pessoas mexiam e usavam seus objetos de higiene.

O espaço de visitas era inadequado, com mobiliário comprometido, formado apenas por carteiras escolares enfileiradas, mal distribuídas e num local de livre circulação, que não garantia nem o conforto nem a privacidade dos pacientes e familiares.

Desde o início da proposta terapêutica manicomial, é pouca a importância que dada à família, a qual foi sempre afastada do doente, por entender-se que dificultava o tratamento. Já atualmente, através da reforma psiquiátrica, a família é incluída no cuidado, tida como necessária no projeto terapêutico singular que deve ser elaborado para a pessoa em sofrimento psíquico, a qual possui direito a um tratamento digno, em uma perspectiva de ressocialização, biológica, psicológica e social, com também o cuidado à família (Spadini e Souza, 2006).

No geral, os pacientes passam muito tempo no pátio. Poucos fazem alguma atividade, as quais praticamente não havia durante o período que estivemos no hospital, não sendo acessível a todos a Terapia Ocupacional. Foi praticamente consenso da Comissão do PNASH que inexistia no estabelecimento o Projeto Terapêutico Individual em sua prática institucional, ou seja, a portaria 251/02 não estava sendo cumprida.

A portaria 251/02 prevê o desenvolvimento de projeto terapêutico específico para determinados pacientes, que deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar (Brasil, 2002b).

Segundo Goffman (1990) na instituição total, mesmo quando o sujeito possui capacidade física e mental para realizar determinadas atividades, não o fazia porque não tinha autoridade para isso.

São “relatos aterrorizantes dos que ainda vivem o confinamento dos hospitais psiquiátricos” (CFP e Renila, 2011, p. 1) e os pacientes do Hospital Psiquiátrico Lacan relataram violências sofridas e espaços como quartos de isolamento utilizados de forma restritiva e punitiva.

Não foi constatado em loco alguma dessas situações, mas havia quartos menores que poderiam ser utilizados para tais práticas. Outra integrante da equipe que representava a sociedade civil e o controle social, e já havia sido internada no Hospital Psiquiátrico Lacan, apontou lugares os quais eram utilizados como quartos de isolamento, quando de sua internação, sendo que alguns deles encontravam-se lacrados com madeiras que pareciam terem sido ali superficialmente improvisadas.

Historicamente os manicômios utilizam esse tipo procedimento, como forma de contenção e castigo, quando não sob um argumento terapêutico corretivo, como nos cita De-Simoni (1839), na França da primeira metade do século XIX, em que descreve os loucos “encarcerados em cubículos estreitos, em condições insalubres e muitas vezes amarrados, compunham cenas dantescas” (p. 251). Atualmente, na portaria 251/02, está “proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes)” (Brasil, 2002b).

Fato que chamou muito a atenção da Comissão PNASH, embora não aparecesse em seu relatório, foi de uma mulher contida em um leito dentro da enfermaria masculina, na qual havia banheiro único e sem portas, o que acarretava uma perda de privacidade e vulnerabilidade extremas a essa pessoa naquela situação.

Quando a sociedade civil organizada fundou a Comissão Lacan, que veremos a seguir, para oficializar essas e outras denúncias contra o Hospital Lacan, um usuário membro da comissão, “ex-interno do Lacan, afirmou que a enfermaria do hospital era um espaço em que havia espancamentos, e que ele fora vítima nesse sentido em determinada situação” (Comissão Lacan, 2013, s/p).

*A institucionalização “é o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando o doente fechado no espaço da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível” (Basaglia, 1985, p. 250).*

E a depender das composições das comissões PNASH para as inspeções nos hospitais psiquiátricos, de contribuidor do processo de redução dos leitos de internação nessas instituições, para a consolidação da reforma psiquiátrica no país, torna-se o PNASH uma ponte para a sustentação e intensificação do modelo asilar e da violação de direitos e dignidade da pessoa em sofrimento psíquico, à medida que essas comissões podem ser formadas por profissionais que não possuem capacidade para efetuar uma análise crítica o suficiente, ou mesmo podem não vir a ter pré-requisitos éticos fundamentais para a garantia de uma avaliação idônea.

Quanto a isso, consideramos estranhas as atitudes de alguns técnicos da Comissão PNASH, que pareciam previamente conhecerem o diretor do Hospital Psiquiátrico Lacan, que ao nos receber na instituição, por exemplo, foi saudado festivamente por uma servidora pública da Vigilância Sanitária do município de São Bernardo do Campo, que compunha a comissão, tendo eles se cumprimentado com beijos e o diretor, simultaneamente a um sorriso ofertado, exclamado - “Você?” -, e ela retribuído igualmente com um sorriso, seguido de trocas verbais e gestuais entre eles, que claramente denotavam um vínculo prévio. Quando da avaliação após a inspeção, percebemos que essa funcionária dava notas altas ao hospital, também em aspectos nos quais a instituição estava evidentemente fora das normas, bem como buscava amenizar ao máximo nossas críticas e questionamentos, assumindo mesmo a defesa da instituição em alguns momentos.

Eu, a utente representante do controle social, bem como mais duas profissionais municipais técnicas de enfermagem que faziam parte da comissão, denunciemos posteriormente essa servidora da Vigilância Sanitária ao escrevermos uma carta à secretaria municipal de saúde, a relatar o ocorrido e, segundo informações fornecidas por uma dessas técnicas de enfermagem, a tal servidora foi obrigada a retornar à instituição asilar e realizar uma nova avaliação, sob o acompanhamento e a fiscalização de outro profissional, tendo que reconhecer os aspectos deficitários que lá existiam.

*“Defensores de Direitos Humanos, entidades da luta antimanicomial e profissionais comprometidos com a prestação de serviços de saúde pública com qualidade continuam a apresentar diversas denúncias, que precisam ser acolhidas e solucionadas, com agilidade e seriedade, pelo poder público” (CFP e Renila, 2011, p. 1).*

Outro caso, um médico representante da Secretaria de Estado da Saúde, claramente posicionou-se de forma tendenciosa em prol do Hospital Lacan, e mesmo em meio às diversas situações de violação de direitos encontradas nas dependências da instituição, dava-lhe

sempre notas de excelência, que acabavam por fim, quando somadas às notas dos outros integrantes da comissão para estabelecer as médias que seriam dadas ao hospital em cada quesito de referência do PNASH, fazer com que o hospital fosse o melhor avaliado possível, tendo assim ficado com notas altas em indicadores que claramente não atendiam aos critérios de referência do PNASH/Psiquiatria e às legislações do país, não tendo o Lacan assim entrado na zona de avaliação de ‘baixa qualidade’, que o faria ser descredenciado do SUS.

Como exemplo, a questão do Projeto Terapêutico Individual na instituição que, embora a equipe tenha concluído como inexistente, como o texto de referência do PNASH prediz que essa avaliação teria que ser realizada a partir das informações contidas nos prontuários médicos, e só quem a eles teve acesso foi o tal médico representante do Estado na comissão, após analisar alguns prontuários, informou-nos não só que neles constavam informações que caracterizavam a existência de projeto terapêutico singular, mas ainda ofertou nota máxima e grau de excelência ao Hospital Psiquiátrico Lacan neste quesito, mesmo que ali claramente não houvesse projeto terapêutico para os pacientes.

Em relação a esse médico, o que já desde o início nos suscitou certa suspeita e desconfiança, foi que o diretor do hospital, quando nos recebeu num primeiro momento, perguntou pela figura do representante de certo departamento do Estado, que era justamente esse médico, e neste caso diretor parecia não o conhecer previamente.

Segundo Foucault (2001), as estruturas médica, judiciária e política produzem suas próprias regras e conexões, são as ‘emergência das técnicas de normalização’, que permite normatizar seus espaços diretos de atuação, bem como espalhar-se por toda sociedade com a produção de discursos, concepções, representações e práticas relacionadas à perversidade, ao medo, à moralização, à contenção e à hipocrisia.

Se trabalhadores mal escolhidos para a formação das comissões PNASH podem prejudicar ou deturpar o processo de avaliação das instituições, a mesma lógica se aplica a escolha dos representantes da sociedade civil e controle social.

Neste viés, no caso desta vistoria ao Lacan, se não fossem nós do controle social, juntamente com alguns poucos profissionais mais empoderados e capazes de realizar uma avaliação crítica da instituição, também por já conhecerem previamente as diretrizes da política nacional, bem como a história e as lacunas da saúde mental brasileira, o Hospital Psiquiátrico Lacan teria sido avaliado pela comissão como ótimo ou excelente.

Na verdade, mesmo em meio a todas as violações de direitos humanos e aos referenciais estabelecidos pelo PNASH, se conseguimos evitar que o hospital saísse com notas de excelência após a avaliação da comissão, em meio a tanta acriticidade e antiética, não



nos foi possível evitar sua avaliação como boa ou suficiente, em termos de qualidade de assistência, sendo que na verdade, pelas condições apresentadas ele estaria claramente na zona de baixa qualificação, para ser descredenciado do Sistema Único de Saúde.

Essencialmente, o PNASH/Psiquiatria deveria permitir aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que, a partir daí, indicasse aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredenciasse aqueles sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população (Brasil, 2005).

“Se a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil é recente, mais recente ainda são seus processos de avaliação” (Brasil, 2005, p. 33), e assim, o PNASH/Psiquiatria, a partir deste processo realizado no Hospital Psiquiátrico Lacan no ano de 2013, apesar de uma iniciativa na busca pela redução de leitos de internação em hospitais psiquiátricos, mostrou-se limitado e ineficaz, tanto por não garantir a constituição de uma comissão suficientemente crítica, capaz e idônea para a avaliação da instituição, como por não elaborar um texto claro e preciso no sentido da uniformização das suas referências, indicadores e parâmetros de avaliação, que permitiram a interpretação dúbia por parte da comissão em vários quesitos, bem como a manipulação dos conteúdos e informações, por parte daqueles que pareciam orientados neste sentido.

## **6.2.O Caso Valter Guerreiro: violência e morte por espancamento de um cidadão português no Hospital Psiquiátrico Lacan**

Cidadão de nacionalidade portuguesa, nascido próximo a Loulé, Valter Rosa Guerreiro imigrou ainda criança com os pais portugueses, os quais buscavam trabalho e melhores oportunidades. No Brasil, munícipe de Ribeirão Pires, no ABC Paulista, foi internado em 2009, no Hospital Psiquiátrico Lacan, e depois de lá sofrer um espancamento, conseqüentemente aos traumas sofridos, veio ao óbito.

Foi assim que, no dia 12/08/2009, Valter Guerreiro foi levado pela família ao CAPS II de Ribeirão Pires, com quadro maníaco, agitação psicomotora, discurso delirante e negligência em relação à higiene pessoal. Considerando o quadro do usuário e a dificuldade de continência familiar, uma vez que ele residia com pais idosos (ambos com idades próximas a 80 anos), a equipe do CAPS II o encaminhou para internação.

Entretanto, o município de Ribeirão Pires não possuía CAPS III, com funcionamento 24 horas e sete dias por semana, tampouco leitos em hospital geral. A única alternativa existente nesses casos era a internação no Hospital Psiquiátrico Lacan, retaguarda de toda região do ABC.

*“Se a partir da década de 1990, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil teve grande desenvolvimento, respaldado pelas portarias ministeriais que apontavam para a criação de uma rede de cuidados em saúde mental [...] resta-nos saber se a lei da reforma psiquiátrica está sendo aplicada nos municípios e como seus pontos essenciais estão sendo efetivados” (Paiva e Yamamoto, 2007, p. 250).*

Na madrugada do dia 21/08/2009, a família recebe um telefonema do hospital psiquiátrico e é informada que Valter seria transferido para o hospital geral de Ribeirão Pires, por ‘problemas intestinais’. A família estranha, pois quando foi internado o usuário não sofria nenhum problema de saúde, exceto o transtorno mental.

Dias depois foi transferido para o Hospital Heliópolis, na capital, a fim de ser submetido a uma “cirurgia intestinal”, na qual viria a sofrer uma ‘parada cardíaca’. A família foi informada pela equipe médica do Hospital Heliópolis que o usuário estava com o ‘baço estourado, com sinais de pancadas’.

Sendo o olho que vigia o mesmo que pune (Oliveira, 2011), em cada caso, “é possível sentir a forte presença de uma tradição fundada na negação dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos” (CFP e Renila, 2011, p. 1).

No dia seguinte o usuário permanece na Unidade de Terapia Intensiva, apresentando hemorragia, e é submetido à nova cirurgia. O médico que acompanhava o caso afirmou que, caso resistisse à operação, Valter teria sequelas físicas por conta da parada cardíaca. Mas no dia 28/08/2009, por volta das 18 horas, Valter Rosa Guerreiro veio ao óbito.

A partir da impossibilidade de elaboração de um lugar social que o reconheça como parte do todo, os manicômios organizam “um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco” (Amarante, 2009, p. 23).

A equipe médica do Hospital Heliópolis orientou a família a realizar boletim de ocorrência a fim de solicitar investigação da causa mortis pelo Instituto Médico Legal (IML), pois havia sérios indícios de morte por espancamento. Aliás, no atestado de óbito consta como causa mortis "choque hipovolêmico, trauma por agente contundente e hemorragia aguda traumática" (Anexo). Assim, Alexandre Guerreiro, irmão da vítima, realizou boletim de ocorrência no 95º departamento de polícia e foi solicitado exame ao IML.

A denúncia foi levada ao Fórum Popular de Saúde Mental do Grande ABC pela família e pelos trabalhadores do CAPS II de Ribeirão Pires, que se declararam fartos de necessitar de equipamentos como o Lacan para a acolhida das crises dos usuários.

Os trabalhadores e usuários do CAPS II de Ribeirão Pires levaram a denúncia ao Conselho Municipal de Saúde e reivindicaram a abertura de leitos no hospital geral do município, bem como a abertura de um CAPS III.

O presidente do conselho de saúde, sob a ordem da secretaria de saúde de Ribeirão Pires, destituiu os conselheiros de saúde que pressionavam pela melhoria da oferta de serviços de saúde mental.

A apropriação gestora em relação aos conselhos de saúde impede a apropriação política e institucional desses espaços por parte dos usuários, sem que assim possam interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município (Martins, 2008).

A morte de Valter Guerreiro foi denunciada nacional e internacionalmente e gerou comoção entre usuários, familiares e trabalhadores do CAPS II de Ribeirão Pires e do Fórum Popular de Saúde Mental do Grande ABC.

Em 2006 o Brasil foi sentenciado pela primeira vez na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

*“a Corte Interamericana de Direitos Humanos, o tribunal mais elevado da Organização dos Estados Americanos (OEA), condenou o Brasil pela morte violenta de Damião Ximenes Lopes, em um caso considerado histórico por se tratar do primeiro pronunciamento sobre violação de Direitos Humanos de portadores de transtornos mentais” (CFP e Renila, 2011, p. 1).*

Passados anos dessa condenação, ao invés das gestões empreenderem todos os esforços necessários para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, o que vemos é um retrocesso marcado pela insuficiência quantitativa e qualitativa das redes psicossociais e a impulsão do financiamento à lógica asilar, que tem multiplicado o aparecimento de graves denúncias de casos de violências, maus-tratos e morte de pacientes psiquiátricos, sendo que, a persistência de tais violações aos direitos da pessoa humana, revela também a “ausência de mecanismos de apuração das denúncias” (CFP e Renila, 2011, p. 2).

### **6.3.Comissão Lacan: busca por justiça e continuidade da luta pela Reforma Psiquiátrica**

Após participar desta inspeção na Comissão PNASH, eu e a outra representante da sociedade civil, que já havia sido internada no Lacan, fomos convocados à reunião do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC, para prestarmos nosso relatos.

O Fórum então decidiu formar uma comissão interna permanente para, através da participação popular, elaborar estratégias e denunciar o hospital psiquiátrico Lacan.

Sendo estratégia importante para a transformação social, há a necessidade de empoderar paulatinamente a população, para uma participação ativa na construção de um projeto democrático e assistencial comuns, conforme prediz o SUS (Martins, 2008).

Assim foi fundada a Comissão Lacan, constituída por usuários/utentes, familiares e trabalhadores da Saúde Mental da região do ABC e vinculada ao Fórum Popular de Saúde Mental da região e ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

O grande desafio da reforma psiquiátrica é construir um novo lugar social para a pessoa em sofrimento psíquico e outra sociedade, algo que somente será possível com a participação ativa e protagonismo insubstituível de trabalhadores, usuários e familiares na construção das políticas, modelos e estratégias de cuidado (Brasil, 2005).

As reuniões da Comissão Lacan ocorreram a partir de fevereiro de 2013, conforme seguirão algumas informações constantes nas atas da própria Comissão Lacan, na do Fórum Popular de Saúde Mental do ABC e na da Comissão Saúde Mental e Justiça.

Na metodologia adotada pela Comissão Lacan, os andamentos dos trabalhos deveriam ser levados pelos membros da comissão às reuniões mensais do Fórum, para que todos pudessem acompanhar e contribuir, de modo que fosse ao máximo garantida uma construção coletiva do processo.

A Comissão define um objetivo inicial: “aprofundar as investigações e recolhimento de informações acerca das diversas formas de violências ocorridas no Hospital Lacan, a fim de preparar um dossiê, a ser encaminhado às entidades e órgãos responsáveis, consolidando uma rede intersetorial de combate a continuidade dessas violências e apoiadora da reforma psiquiátrica na região” (Comissão Lacan, 2013, s/p).

Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental. Usuários e familiares passam a entrar na cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços (Brasil, 2005).

Surgiram muitos outros relatos por parte de usuários da saúde mental e seus familiares, bem como de trabalhadores, sobre experiências diretas e indiretas de internações e violências no Hospital Lacan.

Na construção coletiva dos objetivos, decidiu-se, como parte da estratégia, coletar depoimentos dos que já haviam sofrido internações e violações de direitos na instituição, pois esses materiais provindos dessas pessoas em sofrimento psíquico podem ser analisados como discursos coerentes, não apenas como meros sintomas da enfermidade mental (Porter, 1990; Huertas, 2001).

“Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade” (Amarante, 2010, p. 114-115).

Um membro da comissão relatou ser “crescente o número de manifestações de pessoas que tem denunciado abusos e violências sofridas no Hospital Lacan” (Comissão Lacan, 2013, s/p).

Faz-se difícil uma análise mais abrangente desta fala, saber a partir de quais fontes ou referenciais este membro trazia aquelas informações acerca de um suposto aumento das manifestações e denúncias, sendo que estávamos ainda no início da primeira reunião da comissão, quando ainda não haviam sido formulados os objetivos e as estratégias de multiplicação dos conteúdos e depoimentos acerca de denúncias.

Talvez aí, uma suposta tentativa de manipulação das informações, por parte deste membro da comissão, para reafirmar nos presentes a crença no Hospital Lacan como inimigo potencial a ser eliminado, com o redirecionamento das divisas e políticas públicas no sentido das redes psicossociais, um complexo jogo de interesses nessas disputas multidimensionais de grupos hegemônicos e modelos de cuidado, que nem nós que estávamos ali a exercer nossa cidadania podíamos compreender totalmente.

Se por um lado, em seu artigo 1º, parágrafo único, o legislador constituinte expressa o princípio da soberania popular pelo qual ‘todo o poder emana do povo’, que o exerce direta ou indiretamente através de seus representantes (Rocha, 2011); por outro, ainda estamos distantes de consolidar uma participação popular e controle social plenos e genuínos, libertos dessas manipulações efetuadas por indivíduos ou certos grupos de poder, em prol dos seus próprios interesses.

Mas se faz necessária uma atuação constante em face “da gravidade das circunstâncias asilares encontradas, que revelam abuso medicamentoso, negligência, abandono e negação

dos direitos civis, maus-tratos e diversas outras violações de Direitos Humanos” (CFP e Renila, 2011, p. 1).

É positivo e importante que trabalhadores também participem desses espaços de construção coletiva pelas causas sociais, pois o que se pretende é agregar o saber dos especialistas e o ‘saber de experiências feitas’, produzindo laços dialogais e produtivos que propiciem uma autonomia cada vez maior por parte dos usuários do serviço (Delgado, 2011).

Lembremos também que, mediante a proposta da reforma psiquiátrica, de formular “uma construção que sirva ao paciente para que este possa resignificar sua própria existência” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 166), muitos são já os usuários e familiares que, a partir do empoderamento obtido em seus processos de vida pós reforma psiquiátrica, inclusive ascendendo a cargos profissionais e de gestão no setor saúde, passam a exercer poderes e liderança frente a grupos de outros usuários, familiares, trabalhadores e até gestores da saúde mental, o que igualmente possibilita que incorram às ações ou estratégias que também produzam certa manipulação das informações, pessoas e grupos, atuando em prol das suas próprias crenças, finalidades, interesses ou decisões passionais.

E apesar de algumas informações, provindas de certas fontes, levantarem suspeitas quanto a sua veracidade ou pretensos interesses manipulatórios, muitas das falas denotavam sinceridade e coerência, provindas de pessoas que já haviam passado por internações de caráter asilar e traziam relatos de experiências ricos em detalhes.

“Quando entramos no hospício [...] o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (o cheiro típico de manicômio), a balbúrdia das vozes, a baba e a saliva na boca dos internados, as camisas cinzentas, as cabeças raspadas – esses são elementos da paisagem da doença mental” (Basaglia, 2001, p. 16).

Um usuário membro da comissão, ex-interno do Hospital Lacan, apresenta documento comprobatório de sua internação na instituição e relata violências sofridas.

Uma trabalhadora informa que possui três contatos de pessoas que já sofreram violências no referido hospital. Outra comenta que um rapaz perdeu o dedo na instituição. Outro caso, envolvendo um usuário que havia sido lá várias vezes internado, o rapaz convive com um medo intenso de ter que para lá regressar. Outra trabalhadora diz conhecer ex-funcionários do Hospital Lacan que poderiam dar seus relatos e, talvez, até deporem na polícia, se preciso (Comissão Lacan, 2013, s/p). Outro ex-interno relata “que havia horário de fumar lá, e que o pavilhão cinco era o pior, que cartão telefônico era como dinheiro, dentre outras. Uma usuária, também ex-interna do hospital, diz que ficou pendurada numa cama de

ferro, sofreu contenção e tem sequelas no braço até hoje por causa disso” (Comissão Lacan, 2013, s/p). Foram muitos os relatos.

Um utente realizou “a leitura de uma carta enviada por um leitor ao Jornal Vozes da Saúde Mental, ex-interno do Hospital Lacan, em que consta relato de agressões por ele sofridas naquela instituição asilar, relata que levava muitos socos na cara de outros internos e que o lugar parecia uma prisão” (Comissão Lacan, 2013, s/p).

Emergem outros relatos de violências sofridas: o pagamento efetuado entre internos, daqueles com transtorno para os dependentes químicos, “em forma de comida em uma cantina que havia no hospital, para não apanharem ou sofrerem outras violências” (Comissão Lacan, 2013, s/p).

Também é comum que pacientes sejam nomeados pelas equipes de hospitais psiquiátricos para realizar certas tarefas, sob os auspícios de uma suposta ‘terapia’, inclusive efetuando suporte à equipe de enfermagem e funções disciplinares aos outros internados, que ficam à mercê dos humores desses que passam a ter e exercer esses novos poderes, podendo haver agressões e mortes (Henna, 2015).

Também foram relatadas situações de abuso sexual, hipermedicalização com sequelas a pacientes, bem como ainda é citado um médico de uma cidade da região que possui a fama de ser encaminhador assíduo de pacientes para o Lacan (Comissão Lacan, 2013).

Segundo Goffman (2003),

*“nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado [...] e uma pequena equipe de supervisão [...] os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentirem-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados (p. 18-19).*

Dentre os encaminhamentos: 1) a busca em toda região do ABC para a multiplicação de relatos de violência no Lacan; 2) a busca pela reflexão de estratégias de judicialização desses depoimentos e questões políticas envolvendo o Lacan; 3) a busca por informações de nomes e horários de funcionamento do Ministério Público e posteriormente realizar um primeiro contato para denunciar o caso e também entender melhor como elaborar o dossiê; 4) preocupações éticas quanto ao recolhimento dos relatos dos utentes, sendo necessária uma reflexão maior sobre essas abordagens, a elaboração de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, para que seja assinado por todos que se dispusessem a relatar agressões sofridas no Lacan, bem como a elaboração de um instrumento para ser aplicado nas entrevistas com alguns dos depoentes; e 5) a busca por fontes que permitam remontar a história do Hospital

Lacan, para posteriormente ser publicizada com a elaboração do dossiê (Comissão Lacan, 2013).

A expansão dessas pessoas e coletivização do seu fazer para a sociedade, também está intrinsecamente relacionado ao fato da reforma psiquiátrica buscar “romper com as práticas e as funções da psiquiatria moderna [...] desmascarar a legitimidade científica da psiquiatria e das psiquiatrias reformadas” (Amarante, 2010, p. 114).

No decorrer das reuniões da Comissão Lacan ao longo do ano, as discussões e encaminhamentos realizados tornaram-se cada vez mais amplos e tentavam abranger uma conjuntura estrutural de ações, indo muito além de uma ação focal para o benefício individual de pessoas que sofreram violações de direitos no Lacan, mas sim associadas a ainda não consolidação da rede substitutiva de base comunitária na região do ABC paulista, bem como as diretrizes do financiamento público e ampliação de leitos, inclusive de internação compulsória, por parte do Governo do Estado de São Paulo no Hospital Lacan e em outras instituições.

Busca-se a participação mais ativa dos usuários na tomada de decisão e possibilidade de uma gestão participativa no SUS (Martins, 2008), transformar o setor saúde com a participação da sociedade nas discussões e propostas (Fiocruz, 2013).

Deu-se assim a busca por uma ação coletiva e não apenas focal e local centrada somente nas denúncias individuais de usuários ex-internos do Lacan. Uma estratégia com amplitude estrutural, de pressão às gestões das três instâncias, municipais da região, estadual e federal, com a luta pelo redirecionamento das divisas públicas para uma assistência em Saúde Mental no sentido da consolidação da reforma psiquiátrica, em uma perspectiva ampliada e intersetorial.

*“A participação dos usuários e seus familiares não se dá [...] somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade” (Brasil, 2005, p 32).*

Ao longo das reuniões, foi notável que apenas alguns membros executavam com real afinco o trabalho de concretizar os encaminhamentos da comissão nas reuniões, sendo que outros membros ofertavam apenas algumas contribuições pontuais.



Havia os que participavam mais teoricamente no desenvolvimento das reflexões e na formulação das propostas durante as reuniões, mas que depois executavam pouquíssimo na prática os encaminhamentos que eles mesmos ajudavam a elaborar.

Outros membros praticamente não participavam, nem verbalmente nem na prática das construções das estratégias e efetivação das propostas, sendo trabalhadores, familiares ou utentes que, além das questões de perfil, ainda situavam-se pouco ambientados em espaços de construção coletiva como aquele, ou ainda pouco empoderados e em processo de aquisição de maior protagonismo e participação para as construções de estratégias e a busca da defesa e da consolidação da reforma psiquiátrica e do SUS.

Ainda, havia aqueles que pareciam ainda em processo de ressocialização, e assim pouco participativos e limitados em sua expressão maior, mas que, por já ali estarem, suas presenças por si só eram imensamente importantes e grande símbolo das possibilidades e conquistas da reforma psiquiátrica, em sua proposta de garantia de direito à cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares.

*“A participação popular prevista na Constituição Federal de 1988 é um princípio inerente à democracia, garantindo aos indivíduos, grupos e associações, o direito não apenas à representação política, mas também à informação e à defesa de seus interesses. Possibilita-lhes, ainda, a atuação e a efetiva interferência na gestão dos bens e serviços públicos” (Dallari, 1996, p.13-51).*

Não tendo havido maiores desdobramentos das denúncias encaminhadas acerca do caso Valter Guerreio aos órgãos nacionais, e internacionalmente à ONG Justiça Global, a Comissão Lacan retomou o caso e, juntamente com esses novos relatos de violências ocorridas no Hospital Psiquiátrico Lacan, empreendeu uma estratégia na busca por justiça, investigação e punição dos responsáveis, bem como pelo fechamento da instituição manicomial e pela discussão das diretrizes do Estado para a Saúde Mental.

Criou-se outra comissão a partir do Fórum Popular do ABC, a Saúde Mental e Justiça, na busca pela aproximação com os agentes do direito, sensibilizando-os para um olhar pró-reforma psiquiátrica, bem como para propor uma discussão e construção conjuntas de estratégias e ações entre o movimento popular, entidades de classe, os órgãos do judiciário e os agentes do direito, trabalhadores e gestões, dentre outros, sobre as internações e o funcionamento do Hospital Lacan na região, com o intuito que não houvesse mais internações com dinheiro público naquela instituição (Comissão Saúde Mental e Justiça, 2014).

A Comissão Saúde Mental e Justiça conta com representantes de entidades de classe, movimentos sociais e da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, dentre outros trabalhadores e gestores da saúde mental da região do ABC.

“O conceito de cidadania dos doentes mentais, implícito no discurso e na prática de Basaglia, se relaciona à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos mesmos” (Amarante, 2010, p. 114).

O Fórum Popular de Saúde Mental do ABC apresentou as denúncias de violências no Hospital Lacan, inclusive a reapresentação do caso Valter Guerreiro, com o intuito de sensibilizar a sociedade civil e os órgãos nacionais, para atuarem de forma conjunta em busca de soluções para a Saúde Mental da região do ABC.

O tema da loucura não se deve encerrar apenas no campo da saúde, mas ocupar uma discussão também fortemente política (Oliveira, 2011) e, assim, ampliou-se a divulgação dos casos de violências através da imprensa, inclusive através do Jornal Vozes da Saúde Mental, com as informações produzidas a partir dos próprios usuários, e os casos então passaram a serem noticiados em diversos veículos de comunicação, inclusive com circulação de informações nos meandros das gestões municipais e do Ministério da Saúde em Brasília.

“É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005, p. 26).

O encaminhamento das denúncias para a Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República foi providencial, pois ela as redistribuiu de forma ampla para diversos órgãos e gestões, em nível municipal, estadual e federal, pedindo que cada qual, de acordo com suas responsabilidades e atribuições, efetuassem as devidas providências e dessem retorno à população, publicizando os procedimentos efetuados.

Na verdade, é difícil saber o quanto isso realmente contribuiu e reverberou internamente nos órgãos e gestões, bem como quanto somente moveu interesses outros que desconhecemos, mas que confluem também para o fechamento do Hospital Lacan e o realocamento dessas divisas públicas n’outras direções.

Poucos foram os que enviaram alguma resposta, tendo ou não realizado alguma nova atuação frente às denúncias, informações que então não chegaram ao conhecimento da sociedade civil organizada. Nem do Ministério Público em São Bernardo o movimento social obteve repostas que possibilitassem o acompanhamento do processo por parte da população, passo a passo, de acordo com os procedimentos realizados, mas somente parcialmente, quando foi divulgada a abertura de Portaria de Inquérito Civil pelo Ministério Público do

Estado de São Paulo (MPSP), ação que recaiu contra o Hospital Psiquiátrico Lacan e o Município de São Bernardo do Campo, gestor responsável dos leitos SUS na instituição.

*“As organizações profissionais, de usuários dos serviços e de seus familiares vêm incansavelmente buscando respostas do poder público, que poderiam ser construídas por meio de mecanismos de apuração das denúncias, programas constantes de fiscalização, diálogo e interlocução permanente e respeitosa com os movimentos sociais envolvidos na questão, avanço no fechamento de leitos e fortalecimento das políticas públicas substitutivas ao modelo de internação” (CFP e Renila, 2011, p. 1).*

A Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo impulsionou a construção da sua rede psicossocial, bem como se manifestou quanto aos procedimentos providenciados em relação redistribuição das denúncias realizada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Na verdade, gestão e equipes técnicas de saúde mental de São Bernardo já vinham há anos produzindo um discurso pró-reforma psiquiatria e ampliando sua rede psicossocial, sendo contrária à ampliação dos leitos de internação no Lacan, inclusive tendo entrado em conflito com o Governo do Estado, que quebrou o pacto federativo e investiu deliberadamente em novos leitos de internação no referido hospital.

A partir do Encontro Nacional da RAPS, realizado na cidade de Curitiba em dezembro de 2013, o qual objetivou fortalecer as Redes de Apoio Psicossociais e Colegiados Regionais (Saúde Ecosol, 2013), as gestões da região do ABC intensificaram o compromisso de ampliação das suas respectivas redes psicossociais, bem como o movimento de articulação para a elaboração de uma estratégia pactuada para uma atuação em rede e regionalizada, para que os leitos SUS no Hospital Lacan não fossem mais necessários.

Somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais (Brasil, 2005).

Em julho de 2014, a prefeitura de São Bernardo do Campo, em uma decisão pactuada entre os sete municípios do ABC Paulista, anunciou que o convenio SUS para os leitos de internação no Hospital Lacan, que vencia aquele mês, não seria renovado.

Como a lei 10.216 da reforma psiquiátrica, que havia possibilitado situação curiosa ao produzir seus efeitos antes mesmo de ter sido aprovada (Tenório, 2002), a inspeção realizada pelo PINASH, em 2013, no Hospital Lacan, desencadeou um movimento participativo da sociedade civil organizada, que culminou com o fim do convênio SUS com a instituição,

mesmo que até hoje ainda não tenha sido publicado o resultado da referida inspeção e avaliação.

Se um dia forem publicados esses resultados, conforme a avaliação da Comissão PNASH ‘responsável’ pela inspeção, o Hospital Lacan provavelmente deverá ser avaliado como uma instituição de boa ou ótima qualidade de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico.

O Governo do Estado de São Paulo continua a investir e multiplicar os investimentos e projetos e leitos de internação involuntária e compulsória em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, dentre eles o Hospital Psiquiátrico Lacan.

O governo federal e sua política de coalizão em nome da manutenção do poder e governabilidade, oscila entre um discurso/prática pró-reforma psiquiátrica e os investimentos massivos em serviços de lógica asilar, principalmente, atualmente, nas Comunidades Terapêuticas.

*“Temos clareza que as comunidades terapêuticas se constituíram na versão moderna dos antigos manicômios, seja pela função social a elas endereçada, seja pelas condições de uma suposta assistência ofertada. Elas trazem de volta o isolamento das instituições totais e rompem com a estrutura de rede que vem sendo construída pelo Sistema Único de Saúde” (CFP e Renila, 2011, p. 2).*

Em “nossa realidade atual o processo de lutas pela descentralização dos atendimentos nos Grandes Hospitais Psiquiátricos abriu espaço para o surgimento de instituições privadas de contenção e ‘tratamento’ da loucura nos moldes manicomial” (Rosa e Vilhena, 2012, p. 159).

“Além de introduzir a privatização no campo da saúde mental, área tão carente de recursos financeiros, o repasse de dinheiro público a estes novos empresários da saúde selará o destino e o fim de uma política de saúde mental verdadeiramente antimanicomial em nosso país” (CFP e Renila, 2011, p. 2).

As redes psicossociais, bem como outros programas que visavam um impulso comunitário, como o Programa Saúde da Família e os Pontos de Cultura, nos Ministérios da Saúde e Cultura, respectivamente, tem sofrido duro golpe quantitativo e qualitativo nas últimas gestões presidenciais no Brasil.

Não tem sido suficiente a aprovação ao longo dos anos, de leis que garantem os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, bem como insuficiente tem sido a criação e a qualificação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (CFP e Renila, 2011).

Após a não renovação do convênio com o Hospital Lacan, a Comissão Lacan esvaziou-se, e muitos dos seus encaminhamentos por amplas transformações, foram abandonados ou não concretizados, não tendo o grupo mais se reunido, devido a uma série de contingências que recaíram sobre seus membros, mas também consumidos pela desmotivação e sobrecarga fruto das contingências sociais em uma sociedade neoliberal e as impossibilidades de transformações mais estruturantes em meio a uma ‘apenas reforma’, uma ‘pontual e local’, para benefício de uma minoria, como a que se deu em nossas vidas.

Ainda dezenas de pacientes encontravam-se internados no Hospital Psiquiátrico Lacan, por ordem judicial via internações compulsórias, dentre outros, tendo sido “avaliados pelas equipes de saúde mental do município - gestor do SUS na cidade - e pelos profissionais do Lacan, e a Justiça foi comunicada de que estão em condições de serem tratados ambulatorialmente nos serviços comunitários de saúde mental de cada município” (Ribeiro, 2014, s/p).

Também há ainda pacientes das outras cidades do ABC no Hospital Lacan e o fluxo de internações se renova com pessoas oriundas de todo Estado, sendo difícil precisar o número e a situação dos casos de cada município, devido a falta de correção e transparência no repasse das informações necessárias por parte das gestões.

“O que recentemente vemos é a perspectiva de retrocesso na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, através da atual proposta do governo federal de financiamento público para as comunidades terapêuticas” (CFP e Renila, 2011, p. 1), bem como por jamais se ter sido capaz de engendrar a estruturação de um plano nacional intersetorial em Saúde Mental para todo país e, fundamentalmente, por se ter abandonado a busca por ações que possibilitassem o alcance de amplas transformações sociais, e assim nunca se ter continuamente lutado por mudanças estruturais que permitissem a consolidação das bases necessárias para a construção de outro lugar social para a loucura, outra sociedade.

Segundo Vieira Filho (2005), ainda é muito deficitário o impulso a uma lógica de promoção da saúde, bem como o trabalho em rede entre os equipamentos de saúde no SUS, com ainda uma centralização no diagnóstico para tratar a doença mental.

Da nossa rede municipal psicossocial em Santo André, que oferta um cuidado a minha família, é difícil precisamente avaliar, pois os serviços substitutivos em saúde mental, embora limitados por uma conjuntura estrutural neoliberal que limita as redes e o alcance do cuidado e da assistência, “conseguem em alguns casos, não sem a dedicação dos profissionais que lá atuam, aplicar tais princípios de forma a humanizar os tratamentos” (Rosa e Vilhena, 2012, p.

166). Porém, existe a resistência de certos profissionais e parte da equipe, que temem perder as 'verdades científicas' que acreditam possuir e a elas se agarram (Paiva e Yamamoto, 2007).

*“Não queremos dizer aqui que o CAPS não vem de todo cumprindo sua missão. Na mesma medida que destacamos os aspectos deficitários de sua atuação institucional, cabe-nos destacar também os obstáculos e contingências históricas que em muito determinam a implementação desse serviço” (Libardi, 2008, p. 34).*

“Avaliamos que o desafio que esses serviços se propuseram a enfrentar são conectados não só com a história da loucura e do poder médico, mas se referem à forma como nossa sociedade trata as diferenças” (Libardi, 2008, p. 34).

Melhoramos, mas talvez tenhamos chegado ao limite estreito que uma ‘apenas reforma’ pontual e local para o público específico a ela diretamente relacionado, poderia nos possibilitar e, talvez, hoje estejamos já a pagar o preço de um processo de escolhas e ações que culminou em uma ‘revolução’ que foi apenas para as nossas próprias vidas, e que, mesmo que merecida e que tenhamos ‘mérito’, reduziu intensamente a amplitude dos nossos ideais e das possibilidades de transformações necessárias para que realmente pudéssemos construir outro lugar possível para todos.

Como atores da reforma psiquiátrica no Brasil, do nosso mérito, escolhas, conquistas locais, contradições e preços a pagar, são como os que se deram naquele processo empreendido por aquele casal de migrantes vindos do interior ‘não civilizado’ e de poucas oportunidades, que através de sofrimento e trabalho foi rendido pelo progresso, prosperou, incluído para excluir, incluindo outros para excluirmos, mas simultaneamente e conseqüentemente limitado e sucumbido no e pelo sistema o qual alimentou.

Na roda da vida, eu e minha família novamente fomos agraciados por um ‘mérito’, agora não mais financeiro, mas de abrangência da visão e das possibilidades de um cuidado integral a partir da reforma psiquiátrica, na ‘revolução local’ que ela significou em nossas vidas, embora, na mesma lógica, um incluir para excluir, para excluirmos e incluirmos outros através das nossas ações e militância que, da como continua a se dar, multiplicará o montante daqueles que excluem, parte de uma estrutura de ações que não propõe definitiva e continuamente a atuar por uma transformação global para todos nós, e assim por diante.

O capitalismo não dá ‘ponto sem nó’, não é equânime e produz imensas contradições e desigualdades, e enquanto um sobe, outros precisam cair. Assim, eu como familiar da saúde mental, potencializado e em plena expansão, hoje cá em Coimbra aguardo ansiosamente por concluir mais uma importante etapa em minha vida, neste recente processo de ascensão pós

reforma psiquiátrica, futuramente a sonhar com possibilidades de contribuições para uma saúde mental global. Porém, enquanto isso, e sem possibilidades de comparações com o passado manicomial, pois estamos todos melhor, nessa ‘apenas reforma’ e ‘revolução local’, mãe está em casa, após ter tido uma crise, a sofrer e reclamar dos efeitos colaterais das fortes e excessivas medicações que tem sido orientada a ingerir, com uma rede social ainda bastante fragilizada e pouco abrangente, e a impossibilidade de acesso a uma rede intersetorial e integral, além da ainda insuficiente ou não suficientemente amparada e capacitada participação familiar no cuidado, ainda cúmplice do sofrimento nesses limites de uma reforma psiquiátrica que não é para/por todos nós.

*“Nossos avanços parecem não ser plenamente implementados e em alguns momentos parece-nos que os serviços substitutivos de maneira geral (e especialmente os da RMR) não conseguiram ainda ultrapassar obstáculos primeiros com os quais se propuseram a romper: a institucionalização da loucura e a compreensão de que a doença mental é socialmente construída. Dizemos isso porque, aos nossos olhos, os serviços substitutivos não representam a ruptura que se propuseram e têm como missão e compromisso político efetivar” (Libardi, 2008, p. 34).*

Na minha família, parece ter sido eu o ente mais potencializado pela reforma psiquiátrica, e o diferencial foi o acesso a um processo de formação permanente, com suporte de uma rede de profissionais de excelência e projetos intersetoriais.





## 7. Conclusão

Mediante a não universalidade das concepções sobre a loucura, podemos perceber nas diversas épocas e sociedades uma pluralidade de práticas e lugares sociais possíveis nas relações com a pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares.

Minha trajetória de vida a partir dos anos 80, como familiar de uma pessoa em sofrimento psíquico, diagnosticada com um transtorno mental, traz algumas das diferenças dos lugares sociais possíveis entre o modelo manicomial e o da reforma psiquiátrica, a partir de suas terapêuticas propostas, bem como suas diferentes visões de homem e de mundo.

Desde a proliferação dos manicômios e da psiquiatria tradicional, surgiram críticas e, gradativamente, propostas mais eficazes de cuidados em saúde mental, que culminou nos processos de reforma psiquiátrica pelo mundo, com sua busca pela cidadania e ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico, a participação da família, da comunidade e do próprio utente no processo terapêutico.

Esses movimentos críticos à cultura manicomial e psiquiátrica tradicional contribuíram para a ampliação das perspectivas sobre o fenômeno da loucura e as formas de lidar com a pessoa em sofrimento e seus familiares, sendo hoje a gradativa substituição do modelo manicomial, diretriz nacional e internacional, tendo o Brasil já uma Política Nacional em Saúde Mental e uma legislação específica que versa sobre obrigatoriedade de se realizar essa transição do modelo manicomial para o de reforma psiquiátrica no país, processo este que encontra imensos obstáculos para consolidar-se, sendo necessária sua continuidade.

Essas instituições, em suas formas de proceder, não contribuem para a ressocialização das pessoas e, quando muito, na ausência das redes psicossociais, trazem uma resposta de curto prazo, de mudança comportamental e sintomática do paciente internado, conseguida fundamentalmente a partir da medicalização, seu único recurso terapêutico que, ainda, muitas vezes é ministrada de forma abusiva e impede o afloramento da identidade e a expressão da pessoa em sofrimento, cerceia sua subjetividade e potencialidade cidadã.

Quando estávamos referenciados em hospitais psiquiátricos, praticamente não houve um trabalho específico com a minha família, bem como não houve a construção de um projeto terapêutico singular com minha mãe, utente das redes de saúde mental.

Em meio a preconceitos e estereótipos sociais em relação à pessoa diagnosticada com transtorno mental, violências que contribuem para o agravamento do sofrimento, há a necessidade de se pensar e executar novas formas de cuidado, não somente com a implantação e a qualificação de equipamentos e serviços para atender as demandas e necessidades

existentes, mas com transformações estruturais e uma proposição intersetorial para um cuidado integral, que construa um novo lugar social para a pessoa em sofrimento psíquico, outra sociedade.

Quando minha família passou a ser referenciada nos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica na Região do ABC, gradualmente tivemos uma melhora significativa em nossas vidas.

É preciso acolher e empoderar os usuários e os familiares da saúde mental, lhes oferecer condições estruturais que os impulsionem a protagonizarem suas próprias vidas e os processos de transformação social para toda a sociedade, em meio as significativas e ímpares contribuições que podem oferecer ao mundo, em sua rica diversidade.

O Processo empreendido pela Comissão Lacan pode ser entendido como um exemplo exitoso de participação popular a partir das possibilidades cidadãs que a reforma psiquiátrica pode oferecer, e culminou na não renovação do convênio SUS para a contratação de leitos públicos no Hospital Psiquiátrico Lacan, a partir de uma pactuação regional das sete cidades do ABC, que possibilitou à gestão de São Bernardo a não renovação do referido convênio.

Eu provavelmente fui o membro da minha família que mais foi impulsionado pelo processo de reforma psiquiátrica e isso se deve a ter em dado momento adentrado a uma rede de profissionais de excelência, formação permanente e projetos intersetoriais.

Os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas hoje constituem os pilares da cultura e lógica manicomial e asilar no Brasil, contam com massivos investimentos do Governo Federal e continuam a serem tidas no ideário popular como sendo locais naturais e eficazes para o tratamento das enfermidades mentais, sendo a desconstrução destas estruturas um dos maiores obstáculos para a consolidação da reforma psiquiátrica e à garantia dos direitos e da dignidade dos usuários.

A institucionalização da reforma psiquiátrica brasileira a partir do início dos anos 80 reorientou a prática dos agora militantes gestores em um sentido mais reformista para a implantação da reforma psiquiátrica no país, tendo sido abandonado o caráter revolucionário que havia sido construído no fim da década de 70.

Se as mudanças tivessem sido amplas, estruturais e continuadas a partir daquele processo de transição para a redemocratização do país no início dos anos 80, talvez minha família viesse antes a ter acesso a uma rede psicossocial ou mesmo a um serviço substitutivo de base comunitária no qual pudéssemos nos referenciar e que poderia evitar as internações que se seguiram do meu ente adoecido.

Mas a institucionalização dos movimentos de reforma psiquiátrica também foi

fundamental contribuidora para que, mesmo que mais lentamente e de forma apenas local, beneficiando seu público específico somente, um dia minha família pudesse ter acesso a um serviço substitutivo de base comunitária e uma rede psicossocial.

Em pleno século XXI, após as conquistas do último século no sentido da superação da lógica manicomial, e no Brasil a partir de fins da década de 70, é inconcebível continuar o financiamento massivo de modelos de privações sociais e familiares, que inviabilizam o acolhimento e o cuidado na sociedade.

Enfatiza-se a importância de superar a segregação e a exclusão, inclusive com a intensificação da produção de conhecimentos científicos na área da saúde mental, e fundamentalmente, a partir das perspectivas e vivências das próprias pessoas que compõem a base da estratificação social da saúde mental, os usuários e seus familiares.

Acredita-se que o número de publicações existentes seja pequeno diante da importância das questões e do problema, havendo assim a necessidade de novas pesquisas sobre essa temática.

No Brasil ainda não há um plano intersetorial para a saúde mental, bem como continua a haver uma insuficiência de programas sociais e de investimentos para a consolidação quantitativa e qualitativa das redes psicossociais e da reforma psiquiátrica, que vai além da implantação e qualificação dos equipamentos e serviços.

O Governo do Estado de São Paulo nos últimos anos tem se colocado na contramão da reforma psiquiátrica, investindo dinheiro público em leitos de internação em hospitais psiquiátricos, contrariando a meta e a política nacional e a legislação vigente de reduzir gradativamente os leitos hospitalares psiquiátricos, substituindo-os por serviços substitutivos de base comunitária e outras estratégias e ações no sentido comunitário.

Também, há cidades no Estado que, geridas por partidos que possuem em suas bases históricas o compromisso com os movimentos sociais e a classe trabalhadora, entrelaçam agora seus interesses aos de figuras e grupos historicamente coligados a interesses manicomiais e neoliberais.

Neste processo de avaliação é de fundamental importância perceber a complexa conjuntura de interesses que envolvem as questões de saúde mental no país, com grupos diversos e opostos que reivindicam políticas e recursos.

Em meio às necessárias críticas que devem ser feitas aos caminhos adotados pela reforma psiquiátrica brasileira e as insuficientes redes psicossociais, é também preciso precaver-se para que tais questionamentos e ponderações não sejam de forma má intencionada, utilizadas por grupos manicomiais para o convencimento da população e do

poder público, em caminhos que não venham a convergir para a garantia da cidadania e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Um caminho construtivo se faz em empreender as devidas críticas que refletem as debilidades encontradas, mas que, ao invés de, a partir daí, elaborar e intensificar a argumentação e ações contrárias à continuidade da reforma psiquiátrica, ponderar justamente a necessidade de intensificação e qualificação dos investimentos nas redes psicossociais e intersetorialidade, para a continuidade e a consolidação da reforma psiquiátrica no país.

No Grande ABC Paulista, é incalculável a dimensão dos danos causados pelo Governo do Estado de São Paulo ao investir na continuidade e ampliação de leitos de internação no Hospital Psiquiátrico Lacan, não somente por ser esta instituição uma representante de um modelo a ser superado, como ainda tem acumulado denúncias de irregularidades e violações de direitos de pacientes internados ao longo dos anos, inclusive a morte por espancamento do cidadão de nacionalidade portuguesa.

As sete cidades do ABC deram um importante passo quanto ao impulso à atuação regional das redes psicossociais e a não renovação do convênio para financiamento de leitos de internação no Hospital Psiquiátrico Lacan, via Sistema Único de Saúde.

Conclui-se que uma reforma psiquiátrica intersetorial favorece a inserção social, o empoderamento e a potencialidade cidadã de usuários e familiares da saúde mental, sendo um passo importante para a superação do modelo e lógica manicomial, e deve ser continuada e ampliada, indo além dos somente benefícios locais e pontuais a uma parcela do seu público direto e específico, para dar vazão a uma construção e um processo definitivamente fundamentados e regidos no sentido de bases mais amplas e integrais, que promova transformações globais e estruturais para a emergência de sociedades mais equânimes, justas e solidárias, norteadas pela promoção da saúde em um novo lugar social para a pessoa em sofrimento psíquico e todos nós.

## Referências Bibliográficas

- Alma-Ata, Declaração de (1978). Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acedido em janeiro de 2005.
- Alves, D. S. (1999). O ex - tentando ver o futuro. Cadernos Ipub. Rio de Janeiro. N°14. p. 21-30.
- Anônimo. (2001). A epopeia de Gilgamesh. Trad. Oliveira, C. D. São Paulo, Martins fontes, 2ed.
- Arbex,D (2013). Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial.
- Amarante, P. (1983). Asilos, alienistas e alienados. A Saúde no Brasil. v.1. n.3. p. 149-152.
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. I (1) 61-77
- Amarante, P. (ed.) (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. SDE/ENSP.
- Amarante, P. (1998). Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura. in: Branco, G.C. (ed.). Michael Foucault: Da arqueologia à estética da existência. Rio de Janeiro: Nau.
- Amarante, P (2009). Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e para a psiquiatria. 2010. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, R. (2002). Brasil: a economia do capitalismo selvagem. Lua Nova. N. 57.
- Arfouilloux, J. (1976). Antipsiquiatria: senso ou contra-senso?. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ariès, P (1978). História social da criança e da família. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Arruda, E. (1995). Resumo histórico da psiquiatria brasileira. Rio de Janeiro: ed. UFRJ. 1995.
- Assis, M. (1977). O Alienista. São Paulo: Ática.
- Balan, B. P. L. In: Bénichou, C. (eds.) (1992). L'ordre des caractères: aspects de l'hérité dans l'histoire des sciences de l'homme. Paris: Sciences en Situation. p.49-71.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Revista de psiquiatria clínica, 6(34), 270-277.
- Basaglia, F. (1985). A instituição negada. Trad. Heloisa John. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Basaglia, F. (2001). A instituição negada. 3ª Ed. São Paulo: Graal Editora.
- Barrígio, C. R. (2010). Saúde Mental na Atenção Básica: O papel dos agentes comunitários de saúde no município de Muriaé-MG. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. 2010. Disponível em: [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16546/16546\\_1.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16546/16546_1.PDF). Acedido em jul de 2015.

Beça, E. T. (1981). Reformulação da assistência psiquiátrica: realidade e perspectiva. *Neurobiologia*, v.44. n.3. p. 223-48.

Belluzzo, Luiz G.M. O senhor e o unicórnio: a economia nos anos 80. São Paulo: Brasiliense. 1984.

Birman, J.; Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. Em Paulo Amarante (ed.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Birman, J. (1982). *Psiquiatria e Sociedade*. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. v.31. n.04. p.237-46.

Birman, Joel. (2010). A cena da psicose maníaco constituinte-Depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.17(Suppl. 2), p.345-371. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000600005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600005&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-59702010000600005. Acedido em maio de 2015.

Brasil. (1990/1992). Lei n.8.080, de 19 de setembro. Lei 8082. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1*, p.18055 - 18059.

Brasil. Ministério da Saúde. (1992). Portaria n. 224 de 29 de janeiro. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1*.

Brasil. Ministério da Saúde. (1994). Relatório Final da 2<sup>a</sup>-Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Coordenação de Saúde Mental/MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria nº 106. 17 de junho. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/documentos/Decreto-lei106/2000> >. Acedido em: novembro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Lei n. 10.216, de 6 de abril. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). Portaria/SAS Nº 2391: Regulamentação das internações psiquiátricas. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002b). Portaria 251 de 31 de janeiro. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria; reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS. *Diário oficial da União*.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2002c). Resolução RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002d). Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro. Estabelece CapsI, CapsII, CapsIII, CapsiII e CapsadII. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39 Portaria 336 de 19 02 2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39%20Portaria%20336%20de%2019%2002%202002.pdf). Acedido em 20 de junho de 2015.

Brasil. (2003). Lei nº 10.708, de 31 de julho. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para

pacientes acometidos de transtornos mentais egresso de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)>. Acedido em outubro de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005). 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. OPAS, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Moção de repúdio N° 003, de 12 de abril. Moção de Repúdio à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela ampliação do número de leitos psiquiátricos contratados do Hospital Lacan. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos\\_12.htm](http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos_12.htm). Acedido em outubro de 2014.

Cabrera, V. (1999). Fechamento da Clínica Borda do Campo é confirmado. Diário do Grande ABC. Disponível em <http://www.dgabc.com.br/Noticia/224933/fechamento-da-clinica-borda-do-campo-e-confirmado>. Acedido em maio de 2015.

Caldeira, J. N. (1937). Álbum de São Bernardo. São Paulo, Organização Cruzeiro do Sul; Bentivegna e Netto.

Câmara Agora (2003). Chega à Câmara proposta sobre tratamento psiquiátrico no País. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/camara-agora/161475-chega-a-camara-proposta-sobre-tratamento-psiquiatrico-no-pais.html>. Acedido em fevereiro de 2015

Câmara Hoje (2013). Grupo de Trabalho sobre saúde mental critica internação compulsória. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/camara-hoje/459634-grupo-de-trabalho-sobre-saude-mental-critica-internacao-compulsoria.html>. Acedido em fevereiro de 2015.

Camatta, M. W.; Schneider, J. F. (2009). A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. Esc. Anna Nery Ver. Enferm. v.13 n.3 p. 477-484.

Campos, D. T. F.; Rosa, C. M.; Campos, P. H. F (2010). A Confusão de Línguas e os Desafios da Psicanálise em Instituição. Revista Psicologia Ciência e Profissão, v. 30, n. 3, p. 504-523.

Capistrano Filho, D. (1991). Santos: mil dias de governo popular. São Paulo, Editora Brasil Urgente.

Carpenter, M. B. (1978). Neuroanatomia humana. Rio de Janeiro, Interamericana.

Carreiro, T. C. (2001). A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais. In: SAWAIA, B. (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis, Vozes.

Carreiro, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. Revista Psicologia USP, São Paulo, v. 14. n. 3, p. 57-72.

Castel, R. (1978). A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Graal.

Cerqueira, L. (1984). Psiquiatria social — problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo, Livraria Atheneu.

Conselho Federal de Psicologia (CFP); Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) (2011). Denúncias de violações de direitos humanos em instituições brasileiras.

- Cirlinas, I. (2007). Med coração do ABC. Santo André: Acadcon.
- Colvero, L. A.; Ide, C. A. C.; Rolim, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=pt&nrm=iso). Acedido em agosto de 2013.
- Comissão Lacan (2013). Ata Da Reunião Da Comissão Lacan. Fórum Popular de Saúde Mental do ABCDMRR, realizada em São Bernardo do Campo em fevereiro de 2013.
- Comissão Saúde Mental e Justiça. (2014). Ata da reunião da Comissão Saúde Mental e Justiça, realizada em Santo André, em 17 de novembro de 2014.
- Congresso Nacional 1989. Projeto de lei nº-3.675/89, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil], Brasília (DF), 27 set. 1989.
- Cooper, D. (1973). La muerte de la familia. Buenos Aires, Paidós.
- Cueto, M. (2004). El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, OPS.
- Cukierman, H. (2007). Yes, Nós Temos Pasteur: Manguinhos, Oswaldo Cruz e a história da ciência no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Faperj.
- Cunha, E. (1902). Os sertões. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- Dallari, P. A. (1996). Institucionalização da participação popular nos municípios brasileiros. Instituto Brasileiro de Administração Pública. n. 1. p. 13-51.
- Del Cont, Valdeir. (2008). Francis Galton: Eugenia e hereditariedade *Scientiae Studia*, 6 (2), 201-218. Retirado 25 de maio de 2015, a partir de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1678-31662008000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1678-31662008000200004).
- Delgado, P. G.; Tundis, S.A.; Costa, N. R. (eds.) (1987). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes. p. 172-185.
- Delgado, P. (1992). As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil. Rio de Janeiro, Te-Corá.
- Delgado, P. (1997). Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, n 6, pp. 9-19.
- Delgado, P. G. (2010). A força criativa da solidariedade e da busca de autonomia. In: Vasconcelos *et al.* (eds.). Manual: ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ, transversões.
- De-Simoni, L. V. (1839). Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. Revista Médica Fluminense, v.5, n. 6, p. 241-62, (Republicado em Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. v. 7. n. 1. p. 142-59. Em março de 2004).
- Diário Oficial do Estado de São Paulo. (1974). Publicado em 23 de outubro. e Poder Judiciário - parte 1, p. 29. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/6009322/pg-29-poder-judiciario-parte-1-diario-oficial-do-estado-de-sao-paulo-dosp-de-23-10-1974/pdfView>. Acedido em maio de 2015.



- Dowbiggin, I. (1993). *La folie héréditaire ou Comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX e siècle*. Paris, Epel.
- Duarte Junior, J-F. (1983). *Sobre cegos e elefantes*. In: *Política da loucura: a antipsiquiatria*. Campinas, Papirus. p. 9-15.
- Dupeu, J-M. (1976). *La dégénérescence: figure et doctrine de l'aliénation*. Mémoire (Certificat d'études spéciales de psychiatrie). Faculté de Médecine Cochin Port-Royal, Paris.
- Edler, F. C.; Ferreira, L. O.; Fonseca, M. R. F. (2001). *A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*. In: Maria A. Dantes (ed.), *Espaços da ciência no Brasil: 1880-1930*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 59-82.
- Ellis, C.; Bochner, A. P. (2000). *Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject*. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publication.
- Engel, M. G. (1999). *As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social*. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 547-563.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.
- Ey, H. (1956). *Le problème des psychoses endogènes dans l'école de langue allemande (sur le centenaire de Kraepelin)*. *L'évolution psychiatrique*, Paris. v.21, n.4. p.956.
- Fernandes, T. M. (2004). *Vacina antivariólica: visões da Academia de Medicina no Brasil Imperial*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, (Supl. 1), 141-163. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000400008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000400008&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-59702004000400008. Acedido em 13 de maio de 2015.
- Fiocruz. (2013). *Biblioteca virtual Sergio Arouca*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. *Reforma Sanitária*. Disponível em: <bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acedido em 08 ago. 2013.
- Formenti, L. (2009). *Estado de São Paulo/SP. Reforma psiquiátrica brasileira será modelo para projeto da OMS. Entrevista com Benedetto Saraceno*. Disponível em: [https://docs.google.com/document/d/1cU97n\\_rZBRUXs0PHxhtA\\_2NNc5WkDQWjnpPbD3E7JUs/edit](https://docs.google.com/document/d/1cU97n_rZBRUXs0PHxhtA_2NNc5WkDQWjnpPbD3E7JUs/edit). Acedido em junho de 2015.
- Fórum Popular de Saúde Mental (2013). *Ata Da Reunião do Fórum Popular de Saúde Mental do ABCDMRR*. Realizada em Diadema em 12 de setembro de 2013.
- Foucault, M. (2004). *O nascimento da Clínica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1993). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva.
- Foucault, M. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2005). *História da loucura na idade clássica*. 8.ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M (2006). *Aula de 5 de Dezembro de 1973*. In: *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes. p. 117-144.
- Foucault, M. (2009). *Vigiar e punir*. 36.ed. Petrópolis: Vozes. 2009.

Furtado, L. A. C. (2001). A Instituição Sinistra: Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Conselho Regional de Psicologia SP. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/132/frames/fr\\_livro.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/132/frames/fr_livro.aspx). Acedido em 20 de maio de 2015.

Gaiarsa, O. A. (1968). A cidade que dormiu três séculos. Santo André: Prefeitura Municipal de Santo André / Tipografia Bandeirante.

Gaiarsa, O. A. (1991) Santo André, Ontem, Hoje, Amanhã. SP: Prefeitura Municipal de Santo André. Impresso por Public Gráfica e Fotolito Ltda. Santo André.

Galvez, C. (2013). Protesto pede fim do Hospital Lacan. Diário do Grande ABC, Santo André, 15 Mai. 2013. Disponível em: <http://www.dgabc.com.br/Noticia/456053/protesto-pede-fim-do-hospital-lacan>. Acedido em: 22 Jun. 2013.

Garcia, C. C. (1998). As outras vozes: Memórias femininas em São Caetano do Sul. cap: Os saberes das Mulheres. Ucitec. Prefeitura de São Caetano do Sul. p. 61-68.

Garret, L. (1995). A próxima peste. Novas doenças num mundo em desequilíbrio. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Gelbert, L. (2015). Rádio ONU EBC. OMS alerta que 10% da população global tem distúrbio de saúde mental. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2015/07/oms-alerta-que-10-da-populacao-global-tem-disturbio-de-saude-mental>. Acedido em 01 jul. 2015.

Giordano Jr., S. (1989) A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à história das políticas de saúde mental no estado de São Paulo. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.

Goffman, E. (2003). Manicômios, prisões e conventos. 7.ed. São Paulo, Perspectiva.

Goldberg, J. (1994). Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro, TeCorá/Instituto Franco Basaglia.

Gorgueira, M. C. (1994). Ministério denuncia fraudes em manicômios. Jornal Folha de São Paulo. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h8YuIezRGv4J:www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/7/16/cotidiano/15.html+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acedido em de julho de 2015.

Hamilton, W; Fonseca, C. (2003). Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.10. n.3. p.791-825. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000300002&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702003000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300002&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702003000300002). Acedido em maio de 2015

Henna, E. S. (2006). Descrição do processo de reforma psiquiátrica em Santo André de 1987 à 2006. São Paulo, Universidade de São Paulo. 28p.

Henna *et al.* (2008). Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. Rev bras crescimento desenvolv hum.18(1):16-26

Henna, E. S. (2015). A experiência da loucura entre o final do século XX e o início do século XXI: dos hospitais psiquiátricos aos serviços comunitários de saúde mental Região do Grande Abc/São Paulo (1988-2014). Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro.

Hirdes, A.; Kantorski, L. P. (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação. *Revista Enfermagem UERJ*, 13, 160-166.

Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatria ¿Por qué? ¿Para qué? *Frenia*. Vol. I. n.1. p. 9-36.

Imbrizi, J. M.; Keppler, I. L. S.; Vilhanueva M. S. (2013). Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (128): 302-314.

Inojosa, J. M. (1998). Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Congresso Interamericano dei CIAD sobre la Reforma dei Estado y de la Administración Pública, realizado de 15 a 19 de outubro de 1997, em Isla Marguerita, Venezuela.

Jornal o Globo. (2013). SP tem primeira internação compulsória de dependente de crack. *Globo.com*, São Paulo, 24 Mai. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html><http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html>. Acedido em outubro de 2014.

Jornal Vozes da Saúde Mental (2006). *Jornal Vozes da Saúde Mental comemora um ano*. Disponível em: <http://portal.metodista.br/noticias/2006/11/jornal-vozes-da-saude-mental-comemora-um-ano>. Acedido em 07 jul. de 2015.

Junqueira; Inojosa, R. M.; Komatsu (1997). Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. (2º prêmio do XI Concurso de Ensayos y Monografias del Clad.)

Koga, M.; Furegato, A. R. (2002). Convivência com a Pessoa Esquizofrênica: Sobrecarga Familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.1. n.1. p. 79-63.

Kock, K. F.; Godoi, C. K.; Lenzi, F. C. (2012). Discussão e prática da autoetnografia: um estudo sobre aprendizagem organizacional em uma situação de catástrofe. *Revista Gestão Organizacional*. vol.5 n-1. jan./jun de 2012.

Kury, L. B. (1990). O império dos miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830- 1850). Dissertação de mestrado, Niterói, Departamento de História, Universidade Federal Fluminense.

Leal, E. 2000. Legislação em saúde mental 1990-2000. Brasília, Série Legislação em Saúde n°4.

Leal, E. (1994). A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/ Uerj.

Libardi, S. S. (2008). Entre o passado e o futuro O relato de uma experiência de estágio supervisionado em psicologia num CAPS da cidade do Recife.

Lima, Elizabeth Maria Freire de Araújo. (2009). Machado de Assis e a psiquiatria: um capítulo das relações entre arte e clínica no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.16. n.3. 641-654. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300004&lng=pt&tln=pt.10.1590/S0104-59702009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300004&lng=pt&tln=pt.10.1590/S0104-59702009000300004). Acedido em maio de 2015.

Lobo, L. F. (2008). **Os infames da história:** pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. p. 203-204.

Luca, M. (2010). Significados de Pau de Arara. <http://www.dicionarioinformal.com.br/pau-de-arara>. Acesso jun. 2015.

Machado, A. L. (2004). Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9. n.2. p.483-491. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200024&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200024&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232004000200024. Acedido em junho de 2015.

Machado, V.; Manco, A. R. X.; Santos, M. A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, out.2005. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500020&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 03 abr. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500020. Acedido em março de 2015.

Martin, C. (1983). *La dégénérescence dans l'oeuvre de B.A. Morel et dans sa postérité*. Thèse (Doctorat de troisième cycle) - École Pratique des Hautes Études, Paris.

Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(2), 549-572. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000200004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000200004&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-59702003000200004. Acedido em maio de 2015

Martins, P. C. (2008). Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.15. n.1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100019&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-59702008000100019. Acedido em maio de 2015.

Medeiros, T. Seguro médico y neurosis. In: Marcos, S. (eds.) (1983). *Manicomios y prisiones*. México: Red. p. 47-59

Medeiros, Tácito (1977). *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro.

Medici, A. (1993). *Migração e Urbanização: A presença de São Caetano na Região do ABC*. São Paulo: Hucitec; São Caetano do Sul: Prefeitura de São Caetano do Sul.

Mendes, O.; Mendes, C. S.; Silva, I. (2009). *História do Bairro Vila Luzita*. Paróquia Nossa Senhora do Rosário. Disponível em: <http://paroquiasenhoradorosario.com.br/paroquia/historia-do-bairro-vila-luzita/>. Acedido em 15 de maio de 2015.

Moreira, J. (1908). *Psiquiatria*. In: Academia Nacional De Medicina (ed.). *Em comemoração do centenário do ensino médico*. Rio de Janeiro, *Jornal do Comércio*, 1908. p. 433-448.

Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris: Baillière. 1857.

Morel, B. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: Masson.

Moreno, V. ; Alecanstre, M. B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev. Esc. Enfermagem*. v.37. n.2. p. 43-50.

Moreno V. (2000). *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psiquiátrico*. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

Nicácio, M. F. (ed.) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Novaes, W. (2011). *Pacientes com alta não têm para onde ir*. *Diário do Grande ABC*. Disponível em: [http://www.dgabc.com.br/\(X\(1\)S\(fp3h4s3y1dki1t3rl0nq0pjz/Noticia/137765/pacientes-com-](http://www.dgabc.com.br/(X(1)S(fp3h4s3y1dki1t3rl0nq0pjz/Noticia/137765/pacientes-com-)

alta-nao-tem-para-onde-ir. Acedido em maio de 2015.

O Estado de São Paulo (2012). SP ganha serviço de internação de grávidas dependentes químicas. São Paulo, 10 Abr. 2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,sp-ganha-servico-de-internacao-de-gravidas-dependentes-quimicas,859406,0.htm>. Acedido em: outubro de 2014.

Oliveira, W. V. (2011). A fabricação da loucura: Contracultura e antipsiquiatria História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.18, n.1, p.141-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-59702011000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-59702011000100009). Acedido em maio de 2015.

Oliveira, T. (2012). Serviço para grávidas dependentes é alvo de críticas. Repórter Diário, 10 Abr. 2012. Disponível em: <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/339699/servico-para-gravidas-dependentes-e-alvo-de-criticas>. Acedido em agosto de 2014.

Organização Mundial De Saúde. (2001) Relatório sobre a Saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Trad. Escritório Central da Oficina Pan-americana de Saúde. São Paulo, EDUSP.

Organização Mundial De Saúde. Organização Pan-americana de Saúde (1990). Declaração de Caracas. Caracas. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf). Acedido em: Agosto de 2014.

Organização Mundial De Saúde (2014). Mental Health Atlas 2014. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/). Acedido em abril de 2015.

Osinaga, V. M. (1999). Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. [dissertação]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Paiva, I.; Yamamoto, O. (2007). Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 14(2), 549-569. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000200009&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702007000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200009&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702007000200009). Acedido em maio de 2015.

Paiva, C. H. A. (2006). A OPAS em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.13, n.1, p.177-182. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702006000100012&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702006000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000100012&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702006000100012). Acedido em 13 de maio de 2015.

Paula, A (2012). Treinamento de enfermeiros é falho para cuidar de dependente químico. ABCD Maior, 28 Ago. 2012. Disponível em: [http://www.abcdmaior.com.br/noticia\\_exibir.php?noticia=43892](http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=43892). Acedido em: outubro de 2014.

Paulin, L. F.; Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.11, n.2, p.241-258. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702004000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702004000200002). Acedido em 13 de maio de 2015.

Pereira, A. (1984). Hospitais de alienados em Portugal: Origens do internamento. Coimbra, FLUC, 1984. Prova de Aptidão Pedagógica em História apresentada à FLUC, policop.

Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In R. A. Pacheco Filho, N.; Coelho Júnior e Rosa, M. D. (eds.), Ciência,

pesquisa, representação e realidade em psicanálise. São Paulo, Casa do Psicólogo

Pereira, M. A. O.; Pereira, A. J. (2003). Transtorno mental: Dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem, USP.* v.37. n.4. p.92-100.

Pichon-Revière, E. (1982). *O processo grupal*. Trad. Marco Aurélio Fernandez Velloso. São Paulo, Martins Fontes.

Pinheiro, T. L. S.; Cazola, L. H. O.; Sales, C. M.; Andrade, R. O. (2010). Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. *Cogitare Enfermagem*, v.15. n.2. p.302-307

Pitta, A. M. (1996). O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. M. (ed.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec. p.19-26

Porter, Roy. *Uma História Social da Loucura*. RJ: Jorge Zahar Editor, 1990. p. 8

Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ramalho, J. R. (1998). Sindicalismo e Política: A Trajetória da CUT *Rev. Bras. Ci.Soc.*, São Paulo, v. 13, n.36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091998000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000100015&lng=en&nrm=iso). Acedido maio de 2015.

Rea, L. M.; Parker, R. A. (2000). *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira.

Repórter Diário (2013). Manifestantes fazem protesto contra Lacan. *Repórter Diário*, 14 Mai. 2013. Disponível em: [http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/399\\_mai\\_de\\_2015\\_411/manifestantes-fazem-protesto-contralacan/](http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/399_mai_de_2015_411/manifestantes-fazem-protesto-contralacan/). Acesso em: 22 Jun. 2013.

Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em Tundis *et al.* (eds.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes.

Ribeiro, I. P. (2006). *De volta para casa: estudos com egressos de hospitais psiquiátricos*. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

Ribeiro, V. (2012a). Alckmin inaugura serviço em meio a protestos em São Bernardo. *ABCD Maior*, 10 Abr. 2012. Disponível em: [http://www.abcdmaior.com.br/noticia\\_exibir.php?noticia=39857](http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=39857). Acedido em junho de 2013.

Ribeiro, V. (2012b) Saúde de São Bernardo quer ação contra o Estado. *ABCD Maior*, 17 Jul. 2012. Disponível em: [http://www.abcdmaior.com.br/noticia\\_exibir.php?noticia=42731](http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=42731). Acedido em junho de 2013.

Ribeiro, V. (2013). Manifestação cobra fim de internações psiquiátricas no ABCD. *ABCD Maior*, 14 Mai. 2013. Disponível em: [http://www.abcdmaior.com.br/noticia\\_exibir.php?noticia=50289](http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=50289). Acedido em junho de 2013.

Ribeiro, V. (2014). Prefeitura amplia rede de atenção psicossocial. *ABCD Maior*, 28 jun. 2014. Disponível em: <http://www.abcdmaior.com.br/sao-bernardo/noticia/prefeitura-amplia-rede-atencao-psicossocial-21012>. Acedido em maio de 2015.

Rodrigues, P. H. (2014). Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. v.21. n.1. p.37-60.

disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702014000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702014000100003). Acedido em maio de 2015.

Rodrigues, C. R. (2001). Reificação e saúde mental: representações de profissionais pacientes e seus cuidadores. [tese]. Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina da USP.

Rocha, J. C. (2011). A participação popular na gestão pública no Brasil. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/19205/a-participacao-popular-na-gestao-publica-no-brasil#ixzz3h1kQXNik>. Acedido em maio de 2015.

Rocha, T. H. R.; Silva, M. R. (2013). A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica*. v.1. n.2. p.117-141.

Rosa, L. (2011). Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez.

Rosa, Carlos Mendes; Vilhena, Junia de. 2012. Do manicômio ao Caps da contenção (im)pietosa à responsabilização. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.37, p.154-176, jul./dez. 2012.

Rosa, V. P.; Lapointe, J. (2004). Psicologia e comportamento transcultural: uma abordagem antropológica. Campinas, Alínea.

Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Revista de Psicanálise – Textura*, v. 2. Disponível em: <http://www.revistatextura.com/leia/umaescpis.pdf>. Acedido em: julho de 2015.

Roxo, H. B. B. (1904). Perturbações mentais nos negros do Brasil. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 17, p. 156-192.

Sá, D. M.. (2009). Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.16(Supl. 1), p.183-203. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000500009&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702009000500009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500009&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702009000500009). maio de 2015.

Sampaio, J. J. (1988) Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da Uerj, Rio de Janeiro.

Santiago, T. (2013). Cem novos leitos serão oferecidos para viciados em crack em SP. *Globo.com*, São Paulo, 26 Abr. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/04/cem-novos-leitos-serao-oferecidos-para-viciados-em-crack-em-sp.html>. Acedido em junho de 2013.

Santo André (1990). Lei orgânica do município de Santo André. Seção II: da Saúde. capítulo II: da seguridade social.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. (2008). Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. In: Barros, S., Bichaf, R. (eds.). São Paulo, FUNDAP, Secretaria da Saúde.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo, FUNDAP, Secretaria da Saúde.

Saraceno, B. (2001). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In:

Satir, V. (1976). *Terapia do grupo familiar*. Trad. Achilles Nolli. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

Saúde Mental Ecosol. (2013). Rede de Saúde Mental e Economia Solidária. Encontro Nacional da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) dias 4, 5 e 6 de dezembro, Curitiba. Disponível em: <http://saudeecosol.org/i-encontro-nacional-da-raps-rede-de-atencao-psicossocial-dias-4-5-e-6-de-dezembro-curitiba/>. Acedido em maio de 2015.

Serpa Jr., O. D. (1996). Sobre o nascimento da psiquiatria. *Cadernos Ipub*. n.3. p. 15-30.

Serpa Jr., O. D. (2010). O degenerado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17 (Supl. 2), 447-473. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000600011&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-59702010000600011.T](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600011&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-59702010000600011.T). Acedido em maio de 2015.

Silva, A. F. C. (2009). Yes, nós temos Pasteur. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.16. n.3. p.827-832. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300020&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702009000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300020&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702009000300020). Acedido em maio de 2015.

Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo, E.P.U.

Sluka, J. A.; Robben, A. C. (2007). Fieldwork in cultural anthropology: an introduction. in: Sluka, J. A.; Robben, A. C. (eds.). *Ethnographic Fieldwork: an anthropological reader*. Oxford, Blackwell Publishing. Spadini, L. S.; Souza, M. (2006). Doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo. v. 40, n.1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018&lng=pt&nrm=iso). Acedido em novembro de 2014.

Siviero, S. (2001). Ribeirão Pires deve fechar hospital psiquiátrico. *Diário do Grande ABC*. Disponível em: <http://www.dgabc.com.br/Noticia/197563/ribeirao-pires-deve-fechar-hospital-psiquiatrico>. Acedido em 01 de julho de 2015.

Tedlock, B. Ethnography and ethnographic representation. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publication, 2000.

Tarelow, G. (2007). Em busca da saúde mental: as lutas antimanicomiais e as experiências andreenses. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5998&tipo=B>. Acedido em junho de 2015

Teixeira, M. (1993). O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo das comunidades terapêuticas. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/ UFRJ.

Tenório, F. (1995). Considerações sobre a assistência no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, n.1, p. 65-89.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.9. n.1. p.25-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702002000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0104-59702002000100003). Acedido em maio de 2015.

Tundis, S.A.; Costa, N. R. (eds.) (1987). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.



TV Câmara (2014). Questões de Saúde Mental na Juventude. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/CAMARA-LIGADA/477540UESTOES-DA-SAUDE-MENTAL-NA-JUVENTUDE.html>. Acedido em maio de 2015.

Vasconcelos, E. M (2008a). Abordagens Psicossociais. v.I: História, Teoria e Trabalho no Campo. São Paulo, Hucitec.

Vasconcelos, E. M (2008b). Abordagens Psicossociais, v.II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo, Hucitec.

Vasconcelos, E. M (2012). Reinvenção da Cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In: Amarante, P. (ed.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro, Fiocruz. p.169-194.

Veloso, F. A.; Villela, A.; Giambiagi, F. (2008). Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. Revista Brasileira de Economia, v.62. n.2. p.221-246. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71402008000200006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71402008000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402008000200006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71402008000200006). Acedido em maio de 2015.

Venâncio, A.; Carvalhal, L. (2005). Juliano Moreira: a psiquiatria no processo civilizatório brasileiro. In: Duarte, Luis Fernando Dias; Russo, Jane; Venâncio, Ana Teresa. Psicologização no Brasil: autores e atores. Rio de Janeiro. Contracapa. p.65-83.

Venâncio, A. T. A (2004). Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14. n. 2. p. 283-305.

Vidille, W. (2006). Xamãs e os espíritos ancestrais. Psychê, v.10. n.19. p.47-64. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382006000300004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000300004&lng=pt&tlng=pt). Acedido em maio de 2015.

Vieira Filho, N. G. (2005). A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. Estudos de Psicologia. v.22. n.3.

Vilhena, J. (2008) Palavras sufocadas... atos desesperados: violência, lei e subjetivação. Latin American Journal of Psychopathology On Line. v. 5. n. 2, p.241-252, 2008. Disponível em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/artigos\\_e\\_livros/palavras\\_sufocadas.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/artigos_e_livros/palavras_sufocadas.pdf) Acedido em julho de 2014.

Vilhena, J.; Rosa, C. M. (2012). A clínica nos espaços abertos do CAPS. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v.63, n. 3, p. 130-147. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v63n3/11.pdf>. Acedido em dezembro de 2014.

Vorcaro, A. (1988). De que adoecem e morrem os trabalhadores?. Psicologia: Ciência e Profissão, v8. n.2. p.37-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931988000200012&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-98931988000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200012&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-98931988000200012). Acedido em julho de 2015.

Waidman, M. A. P. (2004). O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Waidman, M. A. P.; Elsen, I. (2006). Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: Da utopia à realidade. Ciência, Cuidado e Saúde, 5, 107-112.

Waidman, M. A. P.; Jouclas, V. M. G.; Stefanelli, M. C. (2002). Família e reinserção social do doente mental: Uma experiência compartilhada pela enfermeira. Ciência, Cuidado e Saúde,

v.1. n.1. 103-06.

Yahn, M.; Pimenta, A.; Sette Jr., A. (1948). Sôbre a leucotomia de Freeman e Watts em três tempos'.Arquivos da Assistência a psicopatas do Esta]do de São Paulo, v.XIII-XIV. n.1. p. 125- 232.

## **ANEXO**





# 18º

**RINALDO ZAMPIERI**  
**OFICIAL DE REGISTRO CIVIL**  
**DAS PESSOAS NATURAIS**  
**SUBDISTRITO - IPIRANGA**  
**COMARCA DA CAPITAL - SP**  
**LUÍZA SALDANHA DINIZ ZAMPIERI**  
OFICIALA SUBSTITUTA

Rua Bom Pastor, 499 - CEP 04203-030 - São Paulo / SP  
Fone/Fax: (11) 2063-4581 - 2215-5898 - e-mail: 18srcpn@uol.com.br

## CERTIDÃO DE ÓBITO

**C=E=R=T=I=F=I=C=O** que no livro C-0149, às folhas 271-V, sob número de ordem: 88923, no dia primeiro de setembro de dois mil e nove (01/09/2009), conforme declaração nº 105360CEN expedida pelo Serviço Funerário do Município de São Paulo, foi lavrado o assento de óbito de:

**//// VALTER ROSA GUERREIRO ///**

Falecido no dia vinte e oito de agosto de dois mil e nove (28/08/2009), às , no Hospital Heliópolis, neste subdistrito do sexo masculino, profissão APOSENTADO POR IVALIDEZ, natural de PORTUGAL, estado civil separado judicialmente, nascido aos vinte de janeiro de mil novecentos e cinquenta e três (20/01/1953), com 56 anos de idade, residente e domiciliado à AVENIDA KOMOTO TADASHI, 114 - OURO FINO PAULISTA, RIBEIRÃO PIRES, SÃO PAULO, SP.

Filho de JOAQUIM GUERREIRO ESPERANCINHA e de MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO ROSA.

O atestado de óbito de número 11751457, foi firmado pelo Dr. ARNALDO TEIXEIRA RIBEIRO - CRM nº 75874 , dando como causa da morte: CHOQUE HIPOVOLEMICO, HEMORRÁGIA AGUDA TRAUMÁTICA, TRAUMA POR AGENTE CONTUNDENTE.

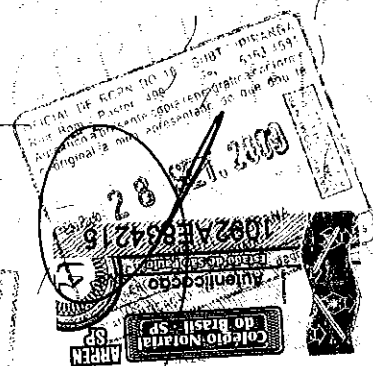
O sepultamento foi realizado no cemitério **MUNIC. DE RIBEIRÃO PIRES-SP.**

**Observações:** ERA SEPARADO JUDICIALMENTE DE JANDIRA MENDES FERREIRA, DE CUJO LOCAL REALIZADO NESTE (SUBDISTRITO IPIRANGA-SP, AOS 13-05-1978 CONFORME O ASSENTO Nº 4105, FLS. 225, LIVRO B 14, DEIXANDO UMA FILHA: SAMANTÁ APARECIDA, MAIOR DE IDADE. Não deixa-bens.

Foi declarante: ALEXANDRE JOSE DA CONCEIÇÃO GUERREIRO.

O referido é verdade e dou fé.  
São Paulo, 02 de setembro de 2009.

*Adair de Oliveira*  
Adair de Oliveira  
escrevente autorizada



1ª VIA ISENTA DE EMOLUMENTOS  
Digitado por: ADAIR DE OLIVEIRA

Desde 1919



1365G-AA 134657