

Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas

Parallels Worlds, How Long? The Psychologists And The Public Mental Health Field in Brazil At The Last Two Decades

Eduardo Vasconcelos *

RESUMO:

O artigo estabelece uma periodização da história das transformações ocorridas no campo da saúde mental brasileira nas duas últimas décadas como ponto de partida para analisar a formação dos psicólogos e, sobretudo, a prática profissional que estes vêm desenvolvendo dentro do referido campo. Valendo-se de uma matriz conceitual interdisciplinar, o autor busca resumir os desafios e inovações que o campo da saúde mental vem colocando para todos os profissionais que atuam no seu meio nos últimos vinte anos, particularmente no atual processo da reforma psiquiátrica brasileira. Para cada conjuntura ou período histórico específico, o artigo apresenta uma ampla pesquisa documental e um quadro de como os profissionais e as entidades representantes da psicologia vêm respondendo a estes desafios colocados pelos novos programas em saúde mental. O artigo conclui que, no campo da psicologia, estes desafios vêm criando uma nova cultura profissional ainda restrita ao nível da pós-graduação e dos novos serviços, deixando de fora a formação básica de graduação do psicólogo, ainda dominada pelo modelo de profissional clínico liberal.

Palavras-chave: Saúde Mental, Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT:

The article establishes an historical cycle of the transformations that occurred on the Brazilian mental health field in the last two decades as a way to begin an analysis of the psychology graduation and the professional practice that they have been developing in this field. From a conceptual interdisciplinary matrix, the author pretends to abridge the challenges and the innovations which the mental health field has been presenting for all the professionals who work in it, specially on the present process of the Brazilian psychiatric reform, in the last twenty years. For each specific historical period, the article presents a wide documental research and shows how the professionals and the entities that represent the psychology are dealing with these challenges set by new programs of mental health. At the end, the article concludes that at the psychology field, these challenges are creating a new professional culture which is still limited by the level of the MBA programs and the new services, letting the basic graduation out, which, by the way, is still ruled by the model of the professional who works at particular clinics.

Key-words: mental health, deinstitutionalisation, psychiatric reform

INTRODUÇÃO

O presente ensaio visa retomar uma periodização esquemática da história das principais transformações ocorridas no campo da saúde mental no Brasil nas duas últimas décadas, com ênfase nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, como pano de fundo para analisar as relações que a psicologia, sua formação e prática profissional, vem estabelecendo dentro deste campo. O autor busca resumir os desafios e inovações teórico-práticos que o campo da saúde mental vem colocando para todos os profissionais que atuam no seu meio nos últimos vinte anos, em um enorme esforço inter-teórico e interdisciplinar, particularmente no atual processo de reforma psiquiátrica. Entretanto, indica que, no campo da psicologia, estes desafios vêm criando uma nova cultura profissional ainda restrita ao nível da pós-graduação, dos novos serviços e das entidades corporativas. Praticamente não penetraram a formação básica de graduação do psicólogo brasileiro e seu imaginário difuso nas camadas médias da sociedade, ainda

hegemonicamente voltados para o modelo de profissional clínico liberal e bastante resistentes à proposta de uma cultura profissional voltada para a atenção à saúde mental da grande maioria da população e ao novo paradigma da desinstitucionalização e da atenção psicossocial.

A PERIODIZAÇÃO DA HISTÓRIA DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL RECENTE E SEUS REBATIMENTOS NA PSICOLOGIA

O marco fundamental de mudanças do campo da saúde mental, durante a ditadura militar, no Brasil, não foi diferente daquele de outros campos da área política, social e da saúde em geral, pois foi juntamente com a re-emergência explícita dos vários movimentos sociais e da luta aberta pela democracia, em 1978, que os principais atores políticos e profissionais da saúde mental iniciaram sua atuação aberta em prol da transformação do *status quo* na psiquiatria. Esse será o ponto de partida de nossa análise, retomando uma periodização que é razoavelmente consensual entre os analistas da história das políticas de saúde mental no país (VASCONCELOS, 1992a; AMARANTE, 1995).

1.o Período: Mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura: Proto-formas das “Ações Integradas de Saúde”: 1978 - 1982 (São Paulo e Minas Gerais) e 1978 - 1980 (Rio de Janeiro)

De forma resumida, podemos indicar nesse período os principais movimentos e processos históricos:

a) A emergência do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM): juntamente com os demais movimentos sociais populares que emergem neste ano de 1978, o MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália. Uma característica marcante neste período estava no fato de o movimento ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte, apesar de algumas de suas lideranças pertencerem ao serviço público. Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.

b) É feita a primeira tentativa de mudança do sistema global de saúde no país (o plano PREV-SAÚDE), no processo que, mais tarde, foi chamado de reforma sanitária - uma iniciativa do movimento dos trabalhadores da saúde

em geral -, apontando para o modelo sanitarista de um sistema regionalizado, integrado e hierarquizado de saúde que, no início dos anos 80, iria configurar o que foi chamado de “Ações Integradas de Saúde”.

c) No campo das políticas oficiais do governo federal, tivemos a implementação do PISAM (Plano Integrado de Saúde Mental), em 1978/9, com a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental nas coordenações estaduais de saúde. Visavam a formação de médicos generalistas para atender a clientela da saúde mental e o estímulo à formação de equipes ambulatoriais multiprofissionais de saúde mental, tendo uma importância relativa na difusão destes modelos de atendimento em Minas Gerais, no Nordeste e no Norte do país (MARIS et al, 1982). Principalmente no Rio de Janeiro, a estrutura do Postos de Atendimento Médico (PAM's) já possuía atendimento psiquiátrico ambulatorial, embora centrado quase exclusivamente na figura do psiquiatra.

Neste contexto, a psicologia enquanto profissão ainda tinha uma participação insignificante e bastante marginal nos hospitais psiquiátricos e nos serviços ambulatoriais públicos de saúde mental. Para se ter uma idéia, nos 23 PAM's do Rio de Janeiro, em 1980, havia 269 psiquiatras e apenas 6 psicólogos (VASCONCELOS, 1992a, p.155). Da mesma forma, os novos modelos de atenção em saúde mental que se desenhavam, por exemplo, no âmbito do PISAM, eram ainda, naquele momento, bastante incipientes e inexpressivos no número de profissionais engajados, de todas as categorias.

Fora do contexto da assistência pública, o modelo hegemônico entre os psicólogos brasileiros já era a clínica centrada nos consultórios particulares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1988), com forte difusão da cultura psicanalítica e de outras abordagens ligadas a um intenso processo de psicologização e individualização, com implicações sócio-políticas e culturais já bastante estudadas por autores críticos brasileiros (COIMBRA, 1995; COSTA, 1984; FIGUEIRA, 1985 e 1988; MARTINS, 1979), e cujas repercussões nos serviços públicos de saúde mental serão indicadas a seguir.

2.o Período: Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado: 1980 (RJ) e 1982 (SP e MG) - 1987

No Rio de Janeiro se iniciou, em 1980, o processo chamado de ‘Co-Gestão’ entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração dos hospitais públicos, permitindo, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e, por outro, preparando o terreno para o lançamento do Plano CONASP em 1982/3. Este último permitiu a implementação gradativa, em todo o país, do modelo sanitarista das chamadas “Ações Integradas de Saúde”, que desaguarão, mais tarde, no Sistema Único de Saúde, tal como foi consagrado na Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal (1988).

Em São Paulo e Minas Gerais, a vitória de governos estaduais oposicionistas (Tancredo Neves e Franco Montoro) em 1982 permitiu a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, possibilitando uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estatais e privados, e, particularmente a partir da implementação do CONASP, uma expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental.

Os principais objetivos da plataforma política do MTSM naquela conjuntura foram:

- 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 com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH nos serviços de emergência do setor público;
- expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

Como as entidades profissionais de psicologia, a formação universitária (e profissional) e a categoria dos psicólogos responderam a este ‘chamado’ de participação na assistência em saúde mental na área pública, nessa segunda fase da reforma psiquiátrica brasileira recente?

Por parte do Conselho Federal de Psicologia, dos diversos Conselhos Regionais e dos Sindicatos de Psicólogos, a resposta, de modo geral, foi francamente favorável e simpática, com apoio ou participação direta nas iniciativas do MTSM e das coordenações estaduais e municipais de saúde comprometidas, bem como mediante sistematização e divulgação de novas abordagens e experiências, através da promoção de eventos, cursos de capacitação profissional e artigos, em suas diversas publicações.

Entretanto, os cursos universitários de psicologia, particularmente os de graduação, se mostraram geralmente inertes frente aos desafios dos novos campos de atuação profissional na área pública, repetindo os padrões hegemônicos de formação voltados para a prática clínica nos consultórios privados. Temáticas como saúde pública, saúde mental, psiquiatria social, psicologia comunitária (VASCONCELOS, 1985), epidemiologia psiquiátrica (ALMEIDA FILHO et al., 1989), antropologia voltada para as questões da saúde mental¹, entre outras, tiveram pouquíssima repercussão nos cursos de psicologia. Talvez a única temática com alguma penetração simultânea nos novos serviços e nos cursos de psicologia no período tenha sido a proposta pelas abordagens grupais e institucionalistas, fortemente marcadas pela literatura e pelos teóricos argentinos e franceses (SAIDON, 1983; BAREMBLITT, 1982; COIMBRA, 1995), ainda que de forma bastante limitada.

Em decorrência deste tipo de formação e da cultura profissional mais difusa na categoria, os psicólogos que entraram na rede pública se mostraram completamente despreparados para os novos desafios e serviços que encontraram, tendendo a repetir nos serviços ambulatoriais, com clientela oriunda principalmente das classes populares, o padrão de prática hegemônico nas clínicas privadas. Por exemplo, em outro trabalho (VASCONCELOS, 1992, p. 184), pude constatar que em Belo Horizonte, dentre os 62 psicólogos que atuavam na rede pública de ambulatorios e centros de saúde no ano de 1989, 92,5% reproduziam práticas psicoterápicas psicanalíticas (45%) ou baseadas em

outras correntes (47.5%), enquanto apenas 7,5% tinham práticas alternativas de base comunitária. Dentre as características da prática e os processos ocorridos no dia a dia destes profissionais, podemos destacar:

- muitas vezes, nas fases iniciais de engajamento nos novos serviços, vários profissionais demonstravam uma ansiedade ou perplexidade paralisantes, com sensações de que ali não saberiam fazer nada, ou que teriam que reaprender tudo em novas bases;

- após algum tempo, a maioria dos profissionais tendia a manter o padrão de prática hegemônico, muitas vezes de forma defensiva, se fechando em suas salas para atendimento individual, geralmente com uma agenda fechada com um número relativamente pequeno de clientes por profissional (por exemplo, em Belo Horizonte, no ano de 1989, tivemos uma média de 15 pacientes por psicólogo), sem abertura para práticas comunitárias, grupais e com pouca ou nenhuma interação com outros tipos de profissionais e trabalhadores do serviço, familiares, lideranças comunitárias e população mais ampla da região. Da mesma forma, este padrão de prática profissional tendia a aceitar acriticamente as demandas institucionais de atendimento individualizado feitas por médicos e escolas. Neste último caso, o início do atendimento ambulatorial a crianças constitui um bom exemplo, já que geralmente é marcado por uma forte tendência das escolas para enviar, às vezes massivamente, as crianças com baixo aproveitamento escolar ou ‘problemas disciplinares’ para o psicólogo, em um processo de recalcamento, pela escola, de suas implicações nos problemas didático-pedagógicos, massificação do ensino e inadequação à cultura popular, gerando claramente um processo de psicologização (VASCONCELOS, 1992a).

- os salários, apesar de geralmente baixos e acompanhados por condições de trabalho bastante precárias, significavam para estes profissionais uma renda fixa e segura, em comparação com a instabilidade do consultório privado, principalmente no início de carreira. Muitas vezes constatou-se, nestes serviços, o conhecido padrão de ‘pacto de mediocridade’, pelo qual os baixos salários e más condições de trabalho justificavam menor compromisso, diminuição da carga horária, etc. Quanto mais deterioradas as condições de trabalho e de remuneração, mais o padrão defensivo de prática profissional tendia a se difundir, como descrito acima. E, na direção contrária, a oferta de melhores condições de trabalho e salários mais estimulantes, com jornadas diárias integrais, associadas a uma vontade política efetiva, implicaram um maior compromisso com o serviço e a constituição de uma cultura profissional mais adequada à realidade da clientela das classes populares, como aconteceu na rede de serviços da prefeitura da cidade de São Paulo, durante a administração da prefeita Erundina, já na virada da década.

- a reprodução do perfil de prática dos consultórios privados, associada com esta estratégia defensiva como resultado das más condições de trabalho, acabou implicando em uma forte *seleção e hierarquização da clientela* entre os serviços ambulatoriais de saúde mental na área pública. Por exemplo, apesar de a prioridade proposta para este tipo de programa de saúde mental ser a clientela identificada como psicótica, “consumidora” de cuidados dos hospitais psiquiátricos, pude constatar em minhas pesquisas que as práticas psicoterápicas convencionais tendiam a filtrar os clientes do serviço com renda mais alta, oriundos dos grupos sociais identificados com a cultura psicologizada das elites sociais e com maior nível de educação formal, papel mais ativo no mercado de trabalho, perfil clínico e de tratamento menos comprometido e menos internações em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, a clientela prioritária do programa acabava sendo desassistida, ou simplesmente tratada através de psicofármacos (VASCONCELOS, 1992a).

3.o Período: Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987 - 1992

Neste período, podemos identificar os seguintes processos e movimentos históricos:

- houve um fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses, tendo em vista o governo Sarney na União, o governo de Fleury em São Paulo e o de Newton Cardoso, em Minas Gerais. A exceção foi o Rio Grande do Sul, com um governo estadual que permitiu um avanço significativo nas políticas de saúde mental, a partir de 1986.

- apesar disso, este período é testemunha da consolidação de algumas conquistas feitas no período anterior, como a Constituição de 1988 e a aprovação, em 1990, da Lei Orgânica de Saúde, que apontam para a construção do Sistema Único de Saúde.

- neste período, uma ala do MTSM desenvolve uma crítica aguda à burocratização do conjunto do MTSM, no sentido de que o período anterior tendeu a se restringir às lutas a partir do interior do aparelho de Estado. Salientou-se também a necessidade de re-aliança do movimento da saúde mental com os movimentos populares e com a opinião pública em geral.

- esta mesma ala percebe as limitações dos objetivos táticos de luta e transformação do sistema de saúde mental centrados no modelo sanitista (VASCONCELOS, 1992b e 1997; AMARANTE, 1996), através do controle e humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como na difusão de serviços ambulatoriais, propondo então um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, ao se inspirar mais diretamente no modelo proposto por Basaglia e pelo movimento de Psiquiatria Democrática na Itália (VASCONCELOS, 1992b; BARROS, 1994; AMARANTE, 1996): colocar em cheque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira “Por uma Sociedade sem Manicômios“, lutando pela implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional.

- assistem-se às primeiras iniciativas oficiais a partir da nova estratégia do movimento: o lançamento, em 1989, do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços de tipo manicomial; a realização, em 1990, da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia a nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” (SCHECHTMAN, ALVES e SILVA, 1996, p. 2) e abrindo um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no país.

- ainda neste período, implementam-se as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. O melhor e principal exemplo foi a experiência iniciada em 1989 em Santos, no Estado de São Paulo, que constitui o principal laboratório do que foi chamado o Núcleo de Atenção Psicossocial, um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, capaz de atender a praticamente todo o tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos. Os serviços na capital de São

Paulo também são importantes, como a experiência inicial dos Centros de Convivência e, principalmente, dos Centros de Atenção Psicossocial (GOLDBERG, 1994), serviços abertos 8 horas por dia, 5 dias por semana, mais tarde difundidos no resto do país.

As implicações e os desafios colocados para a psicologia pelo novo modelo de atenção em saúde mental serão tratados na próxima seção, relativa ao novo período que se abre a partir de 1992.

4.o Período: Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica: “Desospitalização Saneadora” e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial: Primeiros Sinais de Limites à Expansão do Modelo. Tendo em Vista as Políticas Neoliberais: 1992 - ?

Não há dúvida de que este período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica. Podemos sintetizar as principais mudanças ocorridas através dos seguintes pontos:

- apesar do conservadorismo do governo Collor de Melo, houve uma reocupação fundamental do espaço político pelo movimento de reforma, em torno da Coordenação de Saúde Mental ao nível do Ministério da Saúde, que passa a tomar as principais iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica, pelo menos até 1996, salientando-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental e o lançamento de portarias ministeriais a partir de 1991/1992. Estas estabeleceram a normatização e o financiamento (antes restrito aos hospitais psiquiátricos convencionais) para os novos serviços de saúde mental, particularmente os de atenção psicossocial, e o processo rigoroso de controle e supervisão da melhoria da assistência nos hospitais psiquiátricos, definindo critérios e patamares sucessivos de qualidade (conhecidos como Psiquiatria I, II, III e IV), aos quais os hospitais foram se enquadrando.

- em decorrência destas mudanças, houve primeiramente um processo que denominei, em outro trabalho (VASCONCELOS, 1996), de “desospitalização saneadora”, pelo qual tivemos uma redução significativa do número de leitos em hospitais privados e principalmente públicosⁱⁱ, sem as mínimas condições de hotelaria e assistência. Isso não garante a qualidade do cuidado dos cerca de 60.000 leitos ainda existentes hoje, pois muitos hospitais convencionais conseguiram ‘maquiar’ suas instalações e serviços, apesar do aumento significativo do número de profissionais de diferentes categorias, inclusive psicólogos, em seus quadros funcionais (WALKSMAN, 1998).

- entretanto, em paralelo ao processo de desospitalização foram abertos, em todos o país, mais de 2.000 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 serviços de atenção psicossocial (hospitais-dia, centros [CAPS] e núcleos [NAPS] de atenção psicossocial) (SCHECHTMAN, ALVES e SILVA, 1996), mostrando um processo de substituição gradativa do tipo de assistência psiquiátrica baseada na internação por serviços abertos, de acordo com um novo paradigma de atenção, a ser descrito a seguir. Em todos estes novos serviços, os psicólogos são chamados a fazer parte das equipes multiprofissionais mobilizadas.

- houve um relativo avanço da luta antimanicomial no plano legislativo, apesar da não aprovação do projeto de lei Paulo Delgado. Vários estados (Rio Grande Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará) e vários municípios introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica.

• assistiu-se a um avanço significativo dos núcleos ligados ao movimento de luta anti-manicomial durante o período, com congressos e encontros se difundindo por todo o país. Neste ponto, o aspecto mais importante a salientar foi o aumento significativo no número de organizações de usuários e familiares. Hoje, as principais lideranças do movimento estimam que temos cerca de 50 destas associações em todos o país, que realizam encontros próprios, tendo um deles lançado uma carta de direitos e deveres em que defendem seus princípios básicos quanto à assistência em saúde mental (III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, 1993). Assim, a voz dos usuários e familiares deixa de ser apenas objeto de ‘escuta’ ou interpretação terapêutica, como no *setting* psicoterapêutico convencional, fazendo-se voz efetiva de cidadãos a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental, com perspectivas de atuação até mesmo na formação de profissionais do campo (VASCONCELOS, 1998a; WEINGARTEN, 1998).

Quais são as implicações deste profundo processo de mudanças para a formação e a prática profissional dos psicólogos? A resposta a esta pergunta não pode ser dada sem uma análise mais acurada das características do que chamamos **“paradigma da desinstitucionalização”**, proposto principalmente por Basaglia e seus colegas italianos, mas hoje difundido internacionalmente, reconhecido como o inspirador principal do movimento de reforma da saúde mental a nível mundial e, portanto, também no próprio Brasil, como descrito aqui. Assim, desdobraremos a análise deste último período em algumas seções específicas, para poder focar a complexidade do processo em curso.

CARACTERÍSTICAS DO PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DOS NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Podemos identificar como principais componentes e características deste paradigma:

a) a principal abordagem teórica inspiradora da estratégia de desinstitucionalização é a da Psiquiatria Democrática italiana (BASAGLIA, 1985; ROTELLI et al., 1990; DELGADO, 1991; AMARANTE, 1994, 1995, 1996 e 1997; AMARANTE e BEZERRA Jr, 1992; BARROS, 1994; PITTA, 1996), mas o movimento também conta com outras matrizes, como as abordagens da normalização e *empowerment* nos países nórdicos e anglo-saxões (WOLFENBERGER, 1972; RAMON, 1991, 1992 e 1996; PARSLOE, 1996; BROWN and SMITH, 1993); a psicanálise e seus desdobramentos críticos aplicados à reforma psiquiátrica (GALENDE, 1990 e 1997; GOLDBERG, 1994; FIGUEIREDO, 1997; LOBOSQUE, 1997); as abordagens antropológicas (LITTLEWOOD, 1990; VELHO, 1994; DUARTE, 1986; D’INCAO, 1994); as abordagens grupistas e institucionalistas em países com forte difusão da psicanálise, particularmente na França, Argentina e Brasil (DELEUZE e GUATTARI, 1972; GUATTARI, 1988 e 1992; LEVY et al., 1994; SAIDON, 1983; KAËS, 1997; ENRIQUEZ, 1997; BAREMBLITT, 1982 e 1992).

b) sem necessariamente deslocar o arcabouço organizacional mais amplo do sistema de saúde e de saúde mental descentralizados, a nova estratégia busca superar os limites da visão sanitarista (AMARANTE, 1995; ROTELLI, 1990), que é vista como acentuadamente:

• estrutural, na medida que centra as possibilidades de mudança apenas nas macro-estruturas econômica, institucional e política do campo em foco, sem interferir no próprio processo interno de produção dos serviços, ou no ato de saúde propriamente dito;

- **tecnicista/burocrática**, como se os diferentes técnicos e instrumentos de planejamento, vigilância epidemiológica, sistema de referência e contra-referência, fossem suficientes para implementar e garantir a mudança;

- **fordista**, ou seja, visando uma produção em massa de serviços de forma padronizada, não flexível e não preocupada com as especificidades dos diversos grupos da clientela dos serviços e com a dimensão de singularidade humana do sofrimento psíquico.

c) o novo viés desinstitucionalizante enfatiza o **componente de desconstrução** como necessário a um movimento constante de renovação de todo o sistema de saber e cuidados em saúde mental, componente que atinge:

- as estruturas institucionais convencionais, como o hospital psiquiátrico especializado (daí a sua identificação com o manicômio) e os próprios serviços inovadores que vão se montando, lembrando os aspectos de controle e normatização que toda instituição de saúde e saúde mental é chamada a exercer;

- o saber psiquiátrico tradicional, a psicopatologia em particular e o próprio **paradigma** que informa o conhecimento médico e clínico, vistos como um sistema de teorias, normas e prestações tradicionalmente racionalista, centrado no modelo problema-solução, doença-cura, propondo a passagem para um novo paradigma, centrado na idéia de **complexidade** dos fenômenos naturais e humanos (MORIN, 1991; CASTIEL, 1994). Tal paradigma, em saúde mental, enfatiza a 'reinvenção da saúde', a 'existência-sofrimento dos pacientes', no "sentido da produção de vida, de sentido de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa" (ROTELLI, 1990: 30), que ampliam e complexificam de forma radical o objeto de conhecimento e intervenção.

d) a nova abordagem **insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania** (MEZZINA et al, 1992; BEZERRA Jr, 1992), que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, mas implica em uma luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares (VASCONCELOS, 1992b). Em última instância, trata-se de **uma 'cidadania 'especial' a ser inventada**, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo (BIRMAN, 1992; BEZERRA Jr, 1992) . Mais concretamente, a estratégia de desinstitucionalização implica um processo de **questionamento e revisão de vários conceitos e dispositivos jurídicos e legais**, que vão desde a legislação referente à organização dos serviços às legislações profissionais, mas afetam principalmente os conceitos e instrumentos referentes aos direitos civis e políticos dos usuários, tanto na sociedade como um todo como nos serviços, particularmente aqueles ligados à incapacidade civil, tutela, periculosidade e imputabilidade (VASCONCELOS, 1992b; DELGADO, 1992).

e) a nova estratégia elege como **clientela alvo prioritária** o que se convencionou chamar '**clientela de cuidado contínuo**' (VASCONCELOS, 1992b), identificada tradicionalmente pela categoria de psicose ou de neurose grave, e que constitui o grupo básico destinado à hospitalização psiquiátrica clássica. A estratégia sanitarista tendia a induzir difusamente por toda a sociedade demandas por cuidados em saúde mental, muitas vezes estimulando a psiquiatrização de questões sociais, ao mesmo tempo em que praticamente deixou praticamente intacto o aparato hospitalar tradicional (VASCONCELOS, 1992b).

f) a estratégia busca mobilizar os atores envolvidos no sistema de ação institucional, marcadamente os trabalhadores de saúde mental, através de **modelos organizacionais participativos e/ou autogestivos** (ROTELLI, 1990) e de dispositivos grupais e institucionalistas.

g) a nova estratégia visa transformar as relações de poder entre a instituição e sua clientela, ou seja, os usuários e seus familiares, não só na superação das formas tradicionais de contenção, tutela e segregação, como mediante formas positivas de participação dos últimos nos serviços e tratamentos, e, particularmente, como sujeitos ativos do processo reelaboração do sofrimento e de 'reinvenção da vida'. Daí, a importância de dispositivos coletivos e grupais de tratamento (LANCETTI, 1994), sociabilidade, suporte mútuo e ação concreta no tecido social, particularmente aqueles utilizados pelos atuais movimentos e associações de usuários e familiares (MEZZINA et al, 1992; PILGRIM, 1991; HAAFKENS, 1986; CHAMBERLIN, 1988 e 1997; VASCONCELOS, 1998a e 1998b).

h) o desafio da atenção à clientela de cuidado contínuo, na perspectiva de assistência na comunidade, exige recolocar amplamente o debate sobre a produção do cuidado e da solidariedade na sociedade contemporânea, voltada para o mercado, a competição, o individualismo, a cultura do consumo, e caracterizada pela crise dos programas sociais estatais, a violência no espaço público, o desemprego estrutural e o desprezo pelos grupos sociais dependentes. A questão é particularmente grave na produção do cuidado informal ao usuário na família ou nos novos tipos de arranjos domiciliares contemporâneos, já que os modelos convencionais de família vão se desestruturando e a capacidade de produzir cuidado, em seu âmbito, diminui (VASCONCELOS, 1992b; CASTEL, 1994 e 1998; STOLKINER, 1994; GALENDE, 1994).

i) a abordagem propõe que cada serviço ou conjunto orgânico de serviços de uma unidade sanitária básica se assuma como referência para um território e sua população, pela qual se '**faz responsável**', sem possibilidade de estabelecer limites de especialização e competências parciais, delegando a outras estruturas a assistência (ROTELLI, 1990; DELL'ACQUA, 1991). Isso implica uma estratégia de abordagem essencialmente comunitária, com um papel ativo dos serviços em relação a ela.

j) a estratégia também propõe que a transformação dos serviços e da abordagem ao doente mental implicam igualmente em uma **mudança cultural profunda na sociedade**, iniciando-se particularmente na mídia e outros dispositivos formadores da opinião pública, visando mudar a atitude em relação à loucura, no sentido de não a rejeitar ou segregar, aceitando o diálogo com nossas dimensões sombrias e irracionais.

l) o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma recomposição de conhecimentos sustentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados. O novo paradigma recoloca na ordem do dia a questão da **interdisciplinaridade** ou, mais radicalmente, da **transdisciplinaridade**, como um desafio que questiona os mandatos sociais e legais das profissões e suas rígidas fronteiras de competências exclusivas, reforçando a importância de dispositivos grupais e institucionais na democratização da gestão dos serviços e na produção do cuidado (VASCONCELOS, 1997a e 1997b).

Esta listagem provisória das principais características do paradigma da desinstitucionalização já indica, por si mesma, a complexidade dos desafios colocados para a formação e a prática dos psicólogos dentro do novo contexto do

campo da saúde mental. Entretanto, será possível precisar melhor estes desafios para a profissão se pudermos avistar os diversos tipos de necessidades específicas a serem respondidas por um conjunto variado de novos dispositivos e serviços de saúde mental, que vêm mobilizando os psicólogos para os seus quadros funcionais. Para tal, gostaria de propor o seguinte quadro:

Quadro de Necessidades em Saúde Mental e Dispositivos/Serviços para Responde-las em Sociedades Ocidentais Contemporâneas		
	NECESSIDADES BÁSICAS	DISPOSITIVOS/SERVIÇOS
Grupo 1: “Prevenção”		
1 ^a	proteção para grupos sociais especiais mais vulneráveis à violência e negligência, com repercussões psíquicas diretas	dispositivos legais e serviços especiais para crianças, crianças em situação de rua, deficientes, idosos, mulheres, exilados, migrantes, presos políticos, etc
1b	mudanças das condições ambientais e de trabalho que aumentam a probabilidade de sofrimento psíquico	serviços de saúde mental ocupacional e de ergonomia em empresas, organizações em geral e sindicatos
1c	acesso à informação, suporte imediato e aconselhamento em situações chave de vida	dispositivos e serviços especiais para drogadição, educação sexual, prevenção de suicídio, escolha profissional, questões específicas da mulher, gravidez precoce, aidéticos, doentes terminais, etc
1d	necessidades coletivas em saúde mental	serviços de pesquisa epidemiológica, de planejamento, gerenciamento e avaliação de políticas e programas de saúde mental
1e	assessoria e suporte associados aos processos educativos	serviços de saúde mental escolar
Grupo 2: Tratamento Especializado, Cuidado e Suporte Específico em Saúde Mental		
2 ^a	cuidados de nível primário na comunidade	equipes de saúde mental em centros de saúde e ambulatorios regionalizados
2b	cuidados especializados na comunidade	ambulatorios complexos com equipes de especialistas na área médica, psicológica, serviço social, fono, terapia ocupacional, enfermagem, etc; CAPS, NAPS
2c	cuidados para situações de crise e de alto nível de dependência pessoal	unidades psiquiátricas em hospital geral e/ou especializado; hospital-dia; NAPS
2d	cuidados em saúde mental associados a doenças orgânicas	serviços e/ou equipes de saúde mental em hospital geral ou de especialidades médicas
Grupo 3: Reabilitação Psicossocial		
3a	reinserção imediata na comunidade após crise	equipes de preparação de alta, de intervenção de família e rede social; visitas domiciliares, serviços residenciais temporários
3b	reabilitação psicossocial da clientela de cuidado contínuo	CAPS E NAPS; cuidado domiciliar, centros de convivência, acompanhamento terapêutico, oficinas e dispositivos terapêuticos, expressivos, de reinserção social, lazer, cultura, desenvolvimento pessoal, etc
3c	acomodação abrigada, protegida, supervisionada, substitutiva e independente	lares e pensões protegidos, grupo-apartamentos, famílias adotivas, moradias independentes, etc
3d	cuidado e suporte aos familiares	serviços de terapia e aconselhamento familiar; suporte domiciliar, esquemas de ‘alívio’

		temporário (ex: férias supervisionadas); acompanhamento terapêutico; projetos integrados entre serviços e familiares
3e	educação adequada à clientela de cuidado contínuo	oficinas e cursos profissionalizantes e de alfabetização; esquemas de suporte para reinserção no sistema escolar convencional
3f	trabalho protegido e independente	projetos e grupos de trabalho, cooperativas, empresas sociais, esquemas de trabalho e emprego independente e protegido
3g	sociabilidade, suporte mútuo e informal	grupos de auto-ajuda e suporte mútuo; serviços formais dirigidos por usuários; esquemas de inserção em grupos comunitários locais
Grupo 4: Proteção de direitos e de interesses na sociedade mais ampla		
4a		centros de defesa dos direitos dos usuários com suporte informal e especializado (advocacia); grupos de militância e associações de usuários e familiares; projetos e serviços específicos de comunicação; esquemas para mudança na cultura estigmatizadora na sociedade e principalmente na mídia; esquemas de participação dos usuários e familiares no planejamento, execução e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde mental, bem como na formação de profissionais de saúde mental

Nota: Neste quadro, é importante salientar o uso de dois conceitos polêmicos, que exigem uma explicação de sua apropriação neste trabalho:

a) **necessidade**: é utilizado aqui sem qualquer pretensão ontológica, apenas como um conceito operacional para fins da ação política e técnica dos atores sociais e institucionais presentes no campo da saúde mental. Para uma discussão mais aprofundada sobre este tipo de uso do conceito, remeto o leitor para outro trabalho meu (VASCONCELOS, 1992a).

b) **“prevenção”**: não é usado aqui na acepção convencional da psiquiatria preventiva de Caplan, que é ajustadora, psicologizante, ao mesmo tempo em que totalizadora de todas as esferas da vida social e abrangente para toda a sociedade e grupos etários, reproduzindo sua inspiração higienista, com fortes implicações políticas e assistenciais (VASCONCELOS, 1992b). Neste trabalho, parte-se do reconhecimento de situações e grupos sociais particulares que vêm sistematicamente reivindicando a iniciativa de profissionais e de serviços em saúde mental não especificamente curativos - em seu sentido convencional -, em ações que, historicamente, se identificam com os interesses populares-democráticos e da clientela, a partir de movimentos sociais, sindicatos, ONGs comprometidas, etc. As atas buscam indicar esse sentido não tradicional dos termos.

A partir do quadro acima, é possível perceber a variedade das necessidades específicas e dos dispositivos e/ou serviços no novo contexto, nos quais todos os profissionais de saúde mental são chamados a trabalhar, incluindo naturalmente os psicólogos. A pergunta que podemos fazer agora é como as instituições da profissão e o conjunto de profissionais psicólogos vêm respondendo a esses novos desafios teórico-assistenciais e demandas colocadas no campo da saúde mental pública.

A RESPOSTA DA PSICOLOGIA AOS NOVOS DESAFIOS EM SAÚDE MENTAL NOS ANOS 90

Para tentar responder a essa pergunta, cabe inicialmente uma observação metodológica. Temos uma menor distância histórica, que impede uma visão mais clara dos fenômenos e processos em foco e, além disso, não venho pesquisando diretamente o tema nesta década. Assim, pretendo listar apenas algumas indicações e hipóteses de caráter

mais impressionista e ilustrativo, citando a base empírica em que se sustentam. Assim, creio que a resposta das instituições profissionais e dos psicólogos ao campo da saúde mental nos anos 90 pode ser caracterizada por:

a) Tendo em vista as exigências normativas na formação das equipes multiprofissionais, há uma inserção significativa de psicólogos nos serviços de saúde mental, tanto naqueles tradicionais, como os hospitais psiquiátricos, quanto, principalmente, nos novos serviços, inspirados pelo movimento de reforma psiquiátrica. Enquanto exemplo ilustrativo, podemos tomar como referência a descrição de novos serviços no Estado do Rio de Janeiro, indicados pelo “Guia de Serviços Psiquiátricos Alternativos”, publicado pelo Instituto Franco Basaglia, em 1997, que inclui, na maioria dos casos a descrição do tipo de profissionais que compõem as equipes. Dentre aqueles que possuem esta descriçãoⁱⁱⁱ, é possível constatar que os psicólogos compõem a maioria dos profissionais das equipes. Este fenômeno se deve principalmente a que, dentre os profissionais credenciados a participar das equipes multiprofissionais, além dos psiquiatras, são os psicólogos que possuem melhores condições para serem aprovados nos processos de seleção, dado que recebem, no curso de graduação, algum tipo de formação sistemática no campo da saúde mental.

b) Quanto ao processo de formação profissional para os psicólogos, minha hipótese é de que o quadro vigente nos anos 80, que descrevemos anteriormente, não se modificou estruturalmente nos anos 90. Ou seja, tivemos interesse em investir na sistematização de práticas e formação adequadas aos novos desafios do campo da saúde mental por parte da direção das principais entidades corporativas dos psicólogos, de administrações governamentais de programas de saúde mental e de alguns gestores de cursos de pós-graduação, mas a formação a nível dos cursos de graduação mudou pouco nas principais universidades e faculdades dos países, ainda polarizada hegemonicamente pelo modelo do consultório particular, pela prática profissional liberal e pelos paradigmas convencionais do saber psi. Esse processo continua a ser identificado, nos anos 90, de forma reiterativa, pelas entidades representativas da categoria e por analistas da profissão no país, em publicações de alcance regional e/ou nacional (BOARINI, 1996; CAVALARI, 1992; COIMBRA, 1993 e 1995; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992 e 1994; COSTA, 1992; DIAS, 1994; GOULART, 1993; JACKSON e CAVALARI, 1991; PEREIRA, 1993; RODRIGUES e SOUZA, 1991; CAMPOS, 1992; SPINK, 1992; VASCONCELOS, 1992b). A única mudança efetiva, a meu ver, parece ter sido o aumento da demanda por estágios nos serviços de saúde mental, tanto por iniciativa individual do estudante quanto através de convênios formais com os cursos de graduação, possibilitando aos futuros profissionais alguma experiência dentro do campo durante o curso. Penso ser possível levantar algumas hipóteses para a relativa estabilidade desta cultura profissional hegemônica nos cursos de graduação, nos anos 90, a despeito da crise do mercado dos consultórios particulares e da eclosão de outras abordagens de elaboração subjetiva não profissionalizadas, como é o caso da atual difusão da literatura e de práticas esotéricas e de auto-ajuda. A meu ver, isso se dá primeiramente pelo aprofundamento, nas camadas médias, do processo de individualização psicologizante^{iv} como componente da cultura pós-moderna e neoliberal (GALENDE, 1997). Em segundo lugar, acredito que o aprofundamento da crise do Estado e das políticas sociais em geral nos anos 90 mantém as condições de trabalho e de salário na rede pública de saúde pouco atrativas para os estudantes e profissionais, fazendo-os persistir nos ideais do consultório privado, apesar do aumento da concorrência. E, finalmente, penso que, apesar da simpatia dos dirigentes das entidades da corporação pelas novas abordagens, existe uma resistência clara a uma mudança formal na estrutura curricular global e nos cursos de graduação por parte dos

atuais professores, identificados com a cultura profissional hegemônica. É interessante lembrar que parte significativa da clientela dos consultórios privados dos professores é composta por futuros psicólogos ou profissionais recém formados. As implicações desta cultura profissional hegemônica para os serviços públicos de saúde mental são visíveis. Além do despreparo dos profissionais para os desafios do campo e do processo de hierarquização da clientela (principalmente nos serviços ambulatoriais), já discutidos anteriormente, é possível constatar uma tendência nítida dos psicólogos a reproduzirem, nos novos serviços de saúde mental, a cultura terapêutica típica dos paradigmas e dos modelos de prática associados ao consultório particular, provocando uma resistência à adoção de uma perspectiva efetivamente desinstitucionalizante, interdisciplinar e valorizadora da cidadania, da reinvenção abrangente das dimensões da existência subjetiva e social e do *empowerment* da clientela dos novos serviços.

c) Apesar disso, é fundamental notar a emergência de uma importante literatura de sistematização de experiências profissionais pelos psicólogos engajados nos novos serviços, que vem sendo divulgada nas publicações das entidades corporativas da profissão e do próprio campo da saúde mental. Mais uma vez, é interessante trazer um exemplo ilustrativo. Em 1997, tivemos a realização do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, bastante representativo das novas práticas do campo, e, no mesmo ano, os Anais do encontro foram publicados pelo Instituto Franco Basaglia (VENÂNCIO et al., 1997). A presença dos psicólogos no rol dos trabalhos publicados é significativa, corroborando os dados do item (a) acima. Entretanto, a lista permite também identificar as principais áreas de produção de trabalhos, que foram: acompanhamento terapêutico, intervenção e terapia com famílias, trabalho em serviços de atenção diária e psicossocial, oficinas expressivas e terapêuticas, pesquisa das representações sociais da saúde e doença mental, saúde mental e trabalho, serviços ambulatoriais, práticas intra-asilares de reabilitação e serviços de saúde mental infanto-juvenis. Apesar do caráter apenas ilustrativo destes dados, já é possível constatar que os psicólogos no Estado do Rio estão bem representados em praticamente todo o conjunto de novas práticas e serviços, podendo-se identificar como únicas exceções as áreas de planejamento, gestão e avaliação de serviços, já que a maioria dos cargos de gestão são exercidos pelos psiquiatras, dadas as prerrogativas históricas de seu mandato social e da conseqüente maior responsabilidade legal. De qualquer forma, e para concluir, esta literatura emergente é de fundamental importância para um processo gradativo de difusão de uma nova cultura profissional entre os psicólogos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de todo o percurso deste trabalho, é possível que alguns dos leitores possam ainda ficar tentados a retomar a pergunta inicial do título: até quando o mundo dos psicólogos estará hegemonicamente em paralelo com o campo da saúde mental pública neste país? Se a formulei de forma provocativa, foi justamente com o propósito de tentar demonstrar aqui a impossibilidade de uma resposta conclusiva. Primeiro, porque a história humana não é escrita em linhas retas. Segundo, porque o processo de desenvolvimento da profissão e do campo da saúde mental dependem fundamentalmente de movimentos históricos que extrapolam estes dois campos particulares, englobando, por exemplo, o desenrolar da cultura individualista e psicologizante no contexto neo-liberal atual, bem como o desenvolvimento da presente crise do Estado e das políticas sociais em geral.

Entretanto, apesar de ser assim ardilosa e voluntariosa, a dinâmica da história é também dependente das vontades humanas e precisa dos homens e mulheres concretos para ser vivida e desdobrada. É neste terreno privilegiado das sutilezas que os próprios psicólogos e atores-chave do campo da saúde mental podem almejar reconhecer os fluxos de seu movimento, para poder reinventar novos ritmos e estilos, e bulir na história.

Espero que este trabalho possa servir, a meus colegas psicólogos, como convite ou estímulo adicional para estas ousadas dançantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. et al - *Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
- AMARANTE, P. e BEZERRA Jr., B. - *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- AMARANTE, P. - *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- _____. - *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- _____. - *O Homem e a Serpente; outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. - “Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira”. Em: Fleury, S. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.
- BAREMBLITT, G. - *Grupos - teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. - *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, D. D. - *Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, F. et al - *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BEZERRA Jr., B. - “Cidadania e Loucura: um paradoxo?”. Em: Bezerra Jr., B. e Amarante P. (org.), *Psiquiatria sem Hospício*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- _____. - “A Clínica e a Reabilitação Psicossocial”. Em: Pitta, A, *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BOARINI, M. L. - “A Formação (Necessária) do Psicólogo para Atuar na Saúde Pública”. Em: *Psicologia em Estudo*, 1 (1): 93-132, Maringá, 1996.
- BROWN, H. and SMITH, H. - *Normalization: a reader for the nineties*. New York: Routledge, 1992.
- CAMPOS, F. C. B. - *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CASTEL, R. - *O Psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. - *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- _____. - “Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação”. Em: Lancetti, A (org.), *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. - *As Metaformoses da Questão Social*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CASTIEL, L. D. - *O Buraco e a Avestuz: a singularidade do adoecer humano*. São Paulo: Papirus, 1994.
- CAVALARI, C. D. et al - “O Psicólogo na Saúde Pública”. II CONSPIC, CRP/06, São Paulo: Oboré, 1992.
- CHAMBERLIN, J. - *On Our Own*. London: MIND, 1988.
- _____. - “Serviços de Saúde Mental Controlados pelos Próprios Pacientes: um sonho?”. Entrevista a M. Lougon e M. Schmidt. Em: Vasconcelos, E. M. e Furtado, T., *Saúde Mental e Desinstitucionalização: reinventando serviços*, Cadernos IPUB, n. 7, Rio de Janeiro, 1997.
- COIMBRA, C. - “A Produção de Subjetividade nos Anos 70 no Brasil e as Práticas ‘Psi’”. Em: Silva Filho, J. F. e Russo, J. (org.), *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

-
- _____. - *Guardiões da Ordem - uma viagem pelas práticas psi no Brasil do 'milagre'*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - *Quem é o Psicólogo Brasileiro?*. São Paulo: Edicon, 1988.
- _____. - *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Átomo, 1992.
- _____. - *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- COSTA, A. M. R. et al - "O psicólogo na Equipe Multiprofissional". II CONPSIC, CRP/06, São Paulo: Oboré, 1992.
- COSTA, J. F. - *A Consciência da Doença enquanto Consciência do Sintoma: a 'Doença de Nervos' e a Identidade Psicológica*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, mimeo, 1983.
- _____. - *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. - *Psicanálise e Contexto Cultural - Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- DELGADO, J. (org.) - *A Loucura na Sala de Jantar*. Santos: s. e., 1991.
- DELGADO, P. G. - *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. - *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- DELL'ACQUA, G. - "Resposta à Crise" em: J. Delgado, *A Loucura na Sala de Jantar*. Santos: Resenha, 1991.
- DIAS, M. A. - *Mal Estar no Serviço Público: um estudo sobre a inserção do psicólogo num programa de saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Depto. de Psicologia/PUC-RJ, 1994.
- D'INCAO, M. A. - *Doença Mental e Sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- DUARTE, L. F. - *Da Vida nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL - *Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental*. Santos: 1993.
- ENRIQUEZ, E. - *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- FIGUEIRA, S. (org.) - *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. - *O Efeito Psi - a influência da psicanálise*. São Paulo: Campus, 1988.
- FIGUEIREDO, A. C. - *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- GALENDE, E. - *Psicoanalysis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- _____. - "Modernidad: individuación y manicomios". Em: Saidón, O y Troianovski, P. *Políticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.
- _____. - *De Un Horizonte Incierto: psicoanalysis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- GOLDBERG, J. - *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1994.
- GOULART, M. S. B. - "Equipe de Saúde Mental: a Torre de Babel da Saúde Pública". *Cadernos de Psicologia* 1 (2): 49-56. Belo Horizonte: 1993.
- GUATTARI, F. - *O Inconsciente Maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Campinas: Papirus, 1988.
- _____. - *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 43, 1992.
- HAAFKENS, J. et al - "Mental Health Care" and the Opposition Movement in the Netherlands". *Soc Sci Med*, vol 22, n. 2, 185-192, England: 1986.
- KAËS, R. - *O Grupo e o Sujeito do Grupo*. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1997.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA - *Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 1997.
- JACKSON, A. L. e CAVALARI, C. D. - "Estudo sobre a Inserção dos Psicólogos na Rede Básica de Saúde". *Cadernos do CRP/06*. São Paulo: 1991.
- LANCETTI, A. (org.) - *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1994.
-

- LEVY A et al - *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- LOBOSQUE, A M. - *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MARIS, P. J. C. et al - "Avaliação do Projeto Integrado de Saúde Mental nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil - PISAM". Em: *Informação Psiquiátrica* 3 (1): 3-9, 1982.
- MARTINS, L. - "A Geração AI-5". Em: *Ensaio de Opinião*, vol II. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- MEZZINA, R. et al - "Networking Consumer's Participation in a Community Mental Health Service: mutual support groups, 'citizenship' and coping strategies". Em: *Intern Journal of Psychiatry* 38 (1): 68-73, 1992.
- MORIN, E. - *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- PARSLOE, P. - *Pathways to Empowerment*. Birmingham: Venture Press, 1996.
- PEREIRA, W. C. C. - "O Trabalhador em Saúde Pública, a Clientela e o Setor Público". Em: *Cadernos de Psicologia* 1 (2), Belo Horizonte: 1993.
- PILGRIM, D. & ROGERS, A. - "Pulling Down Churches: accounting for the British Mental Health Users Movement". *Sociology of Health and Illness*, June, 1991.
- PITTA, A (org.) - *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- RAMON, S. (ed.) - *Beyond Community Care: normalization and integration care*. London: Macmillan, 1991.
- _____ - *Psychiatric Hospital Closure: myths and realities*. London: Chapman & Hall, 1992.
- _____ - *Mental Health in Europe*. London: Macmillan/MIND, 1996.
- RODRIGUES, H. B. C. e SOUZA, V. L. B. - "A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo". Em: Kamkhagi, V. R. e Saidón, O (org.), *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.
- ROTELLI, F. - "Desinstitucionalização, uma outra via". Em: Rotelli, F. et al, *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SAIDÓN, O - *Práticas Grupais*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.
- SCHECHTMAN, Alves e Silva - "Política de Saúde Mental no Brasil". Em: Figueiredo et al, *Por uma Assistência Psiquiátrica em Transformação*, Cadernos do IPUB n. 3, Rio de Janeiro, 1996.
- SCHNITMAN, D. F. - *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- SPINK, J. M. - "Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber". Em: Campos, F. C. B. (org.), *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- STOLKINER, A - "Tiempos 'Pós-modernos': ajuste y salud mental". Em: Saidón, O y Troianovski, P., *Políticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.
- VASCONCELOS, E. M. - *O que é Psicologia Comunitária*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____ - "The New Alienists of the Poor: developing community mental health services in Brazil": 1978-1989. PhD Thesis. London School of Economics; 1992.
- _____ - *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.
- _____ - "Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa". Em: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 44 (4): 189-197, Rio de Janeiro: 1995.
- _____ - "Novos Desafios para a Reforma Psiquiátrica". Em: '18 de Maio'- Informativo do Inst. Franco Basaglia 9 (IV), Rio de Janeiro: 1996.
- _____ - "Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental". Em: E. M. Vasconcelos e T. Furtado, *Saúde Mental e Desinstitucionalização: reinventando serviços*, Cadernos do IPUB n.º 7. Rio de Janeiro, 1997a.
- _____ - "Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental". Em: *Serviço Social e Sociedade* 54 (XVIII). São Paulo: Cortez, 1997b.
- _____ - "Reinventando a Vida com Ponto de Vista Próprio: reflexões comparativas sobre o movimento de usuários em saúde mental em países centrais, latino-americanos e no Brasil". Em: *Revista Polêmica*. Belém: Conselho Regional de Serviço Social -CRESS, 1.ª Região, no prelo, 1998a.
- _____ - "Avaliação de Serviços e 'Revolving Door': perfil da clientela de uma enfermagem psiquiátrica e implicações assistenciais frente à desinstitucionalização". Em: Cadernos de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação da

- ESS-UFRJ - *Série Saúde mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais 1* (1). Rio de Janeiro: UFRJ, 1998b. No prelo.
- VELHO, G. - *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- VENÂNCIO, A. T. et al - *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1997.
- WALKSMAN, S. J. - *O Discurso do Setor Privado Psiquiátrico Contratado pelo SUS sobre a Assistência Pública em Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1998.
- WEINGARTEN, R. - "O Usuário como Ator Central na Fiscalização, Planejamento, Avaliação de Serviços e Treinamentos de Profissionais de Saúde Mental". Em: *Cadernos de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação da ESS-UFRJ - Série Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais 1* (1). Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. No prelo.
- WOLFENBERGER, W. - *The Principle of Normalization in Human Services*. National Institute on Mental Retardation. Toronto, 1972.

* Psicólogo, cientista político, doutor pela Universidade de Londres, professor adjunto e pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ⁱ A partir e, sobretudo, nos anos 80, a pesquisa a nível de pós-graduação em antropologia e medicina social foi bastante polarizada com a discussão do modelo do nervoso e do debate sobre as representações dos fenômenos mentais em sistemas culturais hierarquizados - hegemônicos nas classes populares - e individualizados - mais difundidos nas classes médias e elites sociais ocidentais (Duarte, 1986; Costa, 1983 e 1989; Figueira, 1985; Velho, 1981).

ⁱⁱ Entre 1987 e 1995, tivemos uma redução de 27,6% dos leitos, correspondendo a 27.000 leitos em todo o país (Vasconcelos, 1996).

ⁱⁱⁱ É interessante notar, por exemplo, que na descrição das equipes de alguns serviços aparece a categoria de psicanalista, que não discrimina a formação profissional de base. Em outros, consta apenas a instituição de vínculo profissional principal do profissional. Daí a impossibilidade de uma análise exaustiva de todos os serviços listados.

^{iv} É importante observar que a perspectiva teórica implícita neste trabalho diferencia claramente os processos de **indivíduoação**, intrínseco ao desenvolvimento psíquico e à elaboração dos conflitos subjetivos nos seres humanos, e **individualização**, a forma cultural hegemônica com que a indivíduoação ocorre nas camadas sociais letradas dos países ocidentais contemporâneos. Assim, torna-se fundamental para as ciências e profissões 'psi', considerar que o processo de indivíduoação tem características diferenciadas nos diversos sistemas culturais e grupos sociais (Velho, 1987; Vasconcelos, 1992a), para não reproduzirem uma perspectiva etnocêntrica e de dominação cultural.