

**Estudo das experiências da reforma psiquiátrica
- Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas**

Study of experiences of psychiatric reform
- Conceptions of self, community and therapeutic practices

Adriana Feitosa; Celina de Campos Horvat; Débora Diegues; Fabiane Manuchakian; Ivan Ratcov; Janaína Araújo Muniz; Lílian Beatriz Perez; Michelle Finotti; Adriana Rodrigues Domingues (orientadora)

Universidade Presbiteriana Mackenzie

RESUMO:

A reforma psiquiátrica é um movimento que ocorreu, originalmente, na Inglaterra, França, Itália e, posteriormente, no Brasil. Este movimento tem por objetivo repensar o tratamento de pessoas com sofrimentos mentais graves a partir de experiências disruptivas em relação ao modelo asilar, este fundamentado na prática hospitalar e medicamentosa e com o objetivo de realizar o tratamento moral e disciplinar para a manutenção da ordem social. As lutas por sua transformação deram origem à construção de outras formas de intervenção, que buscaram romper com as concepções estigmatizantes da loucura e com as formas desumanas de tratamento, visando novos modos de cuidar do sofrimento psíquico e de entendê-lo. Por meio de uma pesquisa bibliográfica, este trabalho compara as experiências inglesa, francesa, italiana e brasileira, compreendendo as concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas presentes em cada uma delas.

Palavras-chave: saúde mental; saber psiquiátrico; reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The psychiatric reform is a "chain of thinking" that occur originally on England, France, Italy and, also in Brazil some time later. This "chain of thinking" have by mainly "purpose" to rethink the treatment of people with strongly mental suffering through "disconnected" experiences instead of a classical treatment model that keeps the patient inside a hospital all the time. This model, based in hospital practice and with use of drugs, has by mainly priority the moral and "disciplined" treatment who searches the maintance of social order. The searching for a better model gave birth to the construction of another intervention ways to break up with ancient and senseless conceptions of sadness and inappropriated treatments, looking for new structures of caring and understanding of psychological suffering. Supported by an extensive bibliográfica research, this paper has the goal to compare the English, French, Italian and Brazillian experiences through the compreensão of conceptions of Self, Comunity and mental disease treatment presents in each these experiences.

Keywords: mental health; knowledge psychiatric, psychiatric reform.

Apresentação da pesquisa

A proposta deste artigo é realizar uma revisão bibliográfica sobre as experiências da reforma psiquiátrica, abordando as propostas que visaram romper com as formas desumanas de tratamento da loucura e buscaram construir novos modos de abordá-la.

O estudo que será apresentado baseou-se em uma pesquisa de artigos, periódicos, dissertações, teses e livros, cujos conteúdos relatavam as experiências da reforma psiquiátrica na Inglaterra, França, Itália e no Brasil. A leitura desse material teve como objetivo geral compreender os conceitos de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas envolvidos nestas experiências, assinalando as diferenças e semelhanças entre elas.

Quanto ao método de coleta das informações, fez-se a seleção do material publicado considerando alguns dos principais expoentes do movimento da reforma psiquiátrica, tais como Franco Basaglia, Franco Rotelli, Maxwell Jones e Paulo Amarante. Incluíram-se, também, os comentadores das experiências estudadas. Após a coleta do material, sintetizaram-se as principais idéias dos textos, agrupadas por experiências (inglesa, francesa, italiana e brasileira), e, com base nos autores e no referencial teórico utilizado, os dados foram discutidos e analisados. Para fundamentar o estudo, utilizou-se o referencial teórico de Michel Foucault e as ferramentas teóricas que ele propõe como forma de compreender a construção do saber sobre a loucura e as relações de poder presentes nas instituições psiquiátricas.

A construção do saber e das relações de poder sobre a loucura

Para se entender o processo de reforma das experiências de saúde mental, é preciso compreender a construção do saber psiquiátrico e do conceito de loucura ao longo da história.

Nos primórdios da prática oficial do hospital, este não era considerado uma instituição médica como é nos dias atuais, mas era fruto da caridade de muitas entidades filantrópicas, com a intenção de abrigar, alimentar e oferecer assistência religiosa a pobres, mendigos e doentes. “Para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se o termo ‘hospital’, que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade” (AMARANTE, 2007: 22). Antes de o hospital ter se transformado em instituição médica e a loucura ser aprisionada em seu interior, os loucos adquiriram diversos significados, dentre os quais demoníacos, endeusados, cômicos, trágicos e errôneos.

Foucault (2006) relata que Pinel, o pai da psiquiatria, propôs que os loucos fossem libertados das correntes, mas que prosseguissem com o tratamento em completo isolamento dentro das instituições asilares. Para o médico, isolar o doente do meio social significava afastá-lo das causas de seu sofrimento, e, por isso, o hospital psiquiátrico seria o local adequado para recebê-lo e tratá-lo. Pinel considerava a loucura como uma forma de “alienação mental”; portanto, o tratamento realizado dentro da instituição psiquiátrica teria o intuito de reeducar a mente, afastando os delírios e ilusões e trazendo a realidade à consciência dos sujeitos. O hospital era, então, considerado uma instituição com finalidade terapêutica, mas, embora libertado das correntes, o sujeito permanecia enclausurado.

Por conta disso, o hospital psiquiátrico favoreceu o processo de cronificação da doença mental, condenando o sujeito ao internamento por toda a vida, ou, pode-se dizer, à morte em vida, devido à impossibilidade de seu retorno ao convívio social. Nesse sentido, Basaglia (2005), após três anos de estudo sobre um manicômio, afirmou que o problema da institucionalização era tão grave que não se conseguia separar os problemas derivados da doença e os males provocados pela internação forçada.

Ao analisar as instituições asilares do século XIX, Foucault (2006) observou que a disciplina aplicada aos corpos era necessária a dois aspectos: à constituição do saber médico, pois o profissional necessitava de certa ordem, certa distribuição do tempo, do espaço e dos indivíduos para construir suas classificações e poder observar com neutralidade e objetividade; e ao alcance da “cura”, ou seja, a transformação de alguém doente em não doente, a qual podia se realizar somente no interior do indivíduo.

A confissão da própria doença feita pelo paciente legitimava o saber médico, este fruto da distribuição regrada do poder que utilizava a ordem disciplinar como condição tanto para a relação objeto-objetividade, como para o tratamento terapêutico. Foucault denominou esse tratamento de ortopedia moral, por ser um poder que se concentra no médico e que não se pauta só em um saber, mas em qualidades físicas e morais para persuadir a pessoa considerada louca.

Ao pensar as relações de poder, o autor põe o foco no desequilíbrio deste, e não nas sua regularidade dentro da instituição. Assim, considerando que, para o filósofo, o poder não é algo que pertence a alguém, pois pressupõe uma relação de forças, deve-se pensar, ao analisá-lo, nas hierarquias, nas funções que os indivíduos exercem e nos discursos e saberes que legitimam essas práticas: “...poder que é assegurado por uma

multiplicidade, por uma dispersão, por um sistema de diferenças e de hierarquias e, mais precisamente, do que poderíamos chamar de uma disposição tática na qual os diferentes ocupam um lugar determinado e cumprem certo número de funções precisas” (FOUCAULT, 2006: 7).

Conforme Amarante (2007), a proposta de resgatar a função terapêutica do hospital psiquiátrico surgiu com as ‘colônias de alienados’, que tinham o objetivo de recuperar o sujeito por meio do trabalho braçal, pois consideravam que o trabalho impediria suas fantasias e seus desejos. Para tanto, fazia-se uso da disciplina, controlando o tempo e as atividades a serem executadas. Nesse sentido, Queiroz (2007) afirma que, na disciplina, o corpo é submetido aos primados da ordem e de uma rítmica contranatural, o que eliminaria do sujeito os costumes ruins, produziria docilidade, extrairia dele sua força, fixando-o em um lugar e regulando os horários de seus afazeres sob o olhar de outrem.

De acordo com Fonseca (2003), em *Vigiar e Punir*, Foucault faz uma análise das instituições na qual expõe a formação da individualidade como efeito das relações de poder e saber, sendo esta constituída a partir de quatro características: celular, orgânica, genética e combinatória. A primeira está vinculada à distribuição tática das pessoas nos espaços, causando a individualização de lugares próprios e exclusivos ao sujeito (como, por exemplo, a carteira que ocupa na escola, o local de seu leito no hospital ou de sua máquina na fábrica). Já a individualidade orgânica está relacionada às práticas dos indivíduos pelo seu caráter funcional e pragmático, ou seja, o sujeito faz parte de um sistema maior no qual precisa ter determinadas atividades para mantê-lo funcionando, ocorrendo, assim, a individualização de um discurso justificador das regras e normas que regulam essas mesmas atividades. Aliando a noção de tempo a esses dois tipos de individualização, chega-se à individualidade genética, a qual permite uma sequência rentável dos mecanismos de saber/poder sobre o indivíduo por possibilitar uma melhor articulação dessas relações ao longo do tempo. Por fim, na individualidade combinatória, o indivíduo não pode ser pensado isoladamente, mas em função das composições de forças exercidas pelos mecanismos disciplinares.

Ao analisar esses quatro fatores, “Foucault ressalta seu interesse em mostrar como as práticas sociais e as relações de poder formam domínios de saber, que, por sua vez, fazem nascer novas formas de sujeitos” (FONSECA, 2007: 80), as quais correspondem às expectativas de uma gestão útil dos homens: o indivíduo comum, que

permita a extração de algo de todas as suas atividades; o indivíduo disciplinado, dócil e útil.

É, portanto, a formação desse sujeito o principal objetivo das instituições disciplinares, que surgem também como projeto da sociedade moderna. Nesse sentido, segundo Gradella Jr. (2002), a função principal da instituição psiquiátrica continua sendo a exclusão social, pois, ao reproduzir as formas de relações sociais predominantes, necessariamente contribui para o processo de alienação e despersonalização, por meio da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Ao tratar da imposição do modelo de racionalidade burguesa, afirma o autor que, mais do que uma relação de violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se como afirmação de um poder médico que se traveste de científico. A propósito, uma das características das instituições é a nítida divisão entre os níveis hierárquicos, legitimando a opressão e a violência de quem detém o poder sobre aqueles que não o têm¹ (BASAGLIA, 1985).

Pode-se perceber, assim, o grande empreendimento realizado pelas experiências que buscaram romper com o discurso sobre a loucura imerso nas esferas das relações de poder e colocar o sujeito e suas experiências como foco do tratamento do sofrimento mental. Interessa, assim, compreender as propostas de cada uma das reformas e quais as concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas que fundamentam tais experiências.

Cada canto, uma experiência

Na Inglaterra, as Comunidades Terapêuticas

A reforma psiquiátrica inglesa ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, em um período em que se buscavam grandes transformações no modelo de saúde mental vigente, constituído principalmente por manicômios e hospícios.

Um dos princípios da experiência inglesa era a qualificação da psiquiatria partindo-se de mudanças dentro do hospital, fazendo com que esse espaço se tornasse terapêutico. Para isso, foram criadas as chamadas Comunidades Terapêuticas, definidas como grupos de discussão e de conversas em que todos, incluindo médicos, pacientes e enfermeiros, discutiam sobre a instituição. “A comunidade terapêutica é uma invenção anglo-saxã, ou melhor, inglesa, porque é o país que conta com a mais longa tradição de

tentativas de renovação institucional psiquiátrica, dos tempos de Tuke, e da “cura moral” dos ‘doentes da mente’” (BASAGLIA et al, 1994: 12).

O maior vulto da reforma inglesa foi Maxell Jones, o qual, a partir de 1959, passou a utilizar a proposta das comunidades terapêuticas dentro do hospital em que trabalhava, envolvendo cada vez mais os pacientes nas discussões e defendendo a proposta de uma instituição que fosse terapêutica para todos. “Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. [...] Todas as possibilidades eram analisadas, com ênfase para a atuação da equipe, com o objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência” (AMARANTE, 2007: 42-43).

O objetivo era criar um espaço de expressão dos sentimentos, no qual todos pudessem decidir sobre o funcionamento da instituição. Dessa forma, o médico não deveria ser visto como o único detentor do saber e do papel terapêutico. Todos os funcionários, incluindo enfermeiros e técnicos, também participariam do processo terapêutico e do tratamento dos pacientes. Propunha-se um atendimento em que não houvesse qualquer tipo de abandono, mas a devida atenção aos pacientes mais necessitados, a fim de otimizar os atendimentos.

Pretendia-se que os pacientes que participassem das comunidades terapêuticas mudassem de atitude, passassem a ser mais ativos: “assim, a atitude passivo-dependente, característica comum dos pacientes, gradualmente dá lugar a uma participação mais ativa da vida cotidiana da seção e uma maior identificação com o trabalho da equipe” (JONES, 1972: 94).

Segundo Jones (1972), a estrutura social de uma comunidade terapêutica é caracteristicamente diferente do ambiente hospitalar tradicional. A comunicação livre entre equipe e grupo de pacientes e a ênfase nas atitudes permissivas que encorajavam a expressão de sentimentos implicavam uma organização social democrática e igualitária, ao contrário de uma organização social de tipo hierárquico. Assim, procurava-se, de alguma forma, construir uma horizontalidade entre os papéis sociais e relações nas quais os médicos e os enfermeiros ajudassem os pacientes a conseguir ter acesso à realidade e, se possível, curá-los de seu adoecimento psíquico.

Porém, mesmo com essas tentativas, não se chegou à democracia, pois a relação de superioridade que havia entre os técnicos (médicos e enfermeiros) e destes para com os pacientes se manteve. Os funcionários consideravam-se a ligação do “doente” com o

mundo real, de forma que o paciente precisaria desse “vínculo” para seu tratamento, para a reaprendizagem social e para o processo de inserção em uma cultura “sadia”. Tal fato reafirma a existência de uma verticalidade de papéis, visto que o médico, com sua técnica e suas regras, seria imprescindível para a melhora do paciente (BASAGLIA et al, 1994).

Nessa concepção, entende-se que a visão de sujeito que se tem é a de alguém pertencente a uma “cultura doente”, que precisaria aprender com as regras e a organização impostas pela autoridade médica. Apesar de se utilizar o termo comunidade, a visão de comunidade que se tem é a restrita aos diferentes papéis sociais que atuam dentro da instituição hospitalar, a qual se mantém segregadora. A prática terapêutica que se propõe diz respeito ao processo de reaprendizagem de uma “cultura sadia”, por meio de discussões em que os pacientes aprendessem as regras da organização institucional para a melhora de seus sintomas.

Na França, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor

A experiência francesa surge durante a Segunda Guerra Mundial, quando os hospitais psiquiátricos passaram por um estado de extrema penúria, acarretando a morte de, aproximadamente, quarenta mil pacientes. Porém, em meio a tudo isso, houve um hospital que se destacou - o Hospital Saint-Alban, o qual, durante a guerra, acolheu refugiados de diferentes níveis econômicos e sociais, além de receber François Tosquelles, convidado por Paul Balvet em 1940 para contribuir com a nova proposta que nele começava a ser construída (GALLIO e CONSTATINO, 1994).

Tosquelles ficou responsável pela liderança do movimento da experiência francesa, também conhecida como Psicoterapia Institucional. Ele afirmava que “a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica” (AMARANTE, 2007: 44). Na França, a base do tratamento era o acolhimento oferecido aos pacientes, de forma que a equipe possuía grande importância, assim como toda a instituição, atuando como suporte e referência para os internos.

Foi no hospital de Saint-Alban que se iniciou a reconstrução do potencial terapêutico da instituição hospitalar, que “oferecia possibilidades de participação e de assunção de responsabilidades por parte dos internos” (AMARANTE, 2007: 44). Enquanto os demais hospitais viviam em “ritmo de campo de concentração”, o Saint-

Alban era uma subversão da discriminação ocorrida dentro e fora. Camponeses que passavam em frente ao hospital, quando iam para a feira, aproveitavam para comercializar os trabalhos que os pacientes produziam, contribuindo para a constituição de uma cultura muito particular em Saint-Alban. Essa experiência acabou mobilizando os mais diferentes personagens, que passaram a fazer parte desse universo de relações em que o hospital estava inserido. Participavam não só os funcionários, mas também os hóspedes (refugiados), os pacientes e a população da cidade em geral. Dessa forma, pacientes e técnicos gerenciavam as atividades, que compreendiam festas, passeios, feiras, ateliês ou oficinas de trabalho e arte, que tinham o intuito de reorganizar internamente a dinâmica psíquica dos pacientes. Todos, portanto, tinham função terapêutica, independentemente do papel que exerciam dentro do hospital, além de lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações.

Em uma entrevista a Gallio e Constantino (1994), Tosquelles afirma que se preocupou, antes de tudo, com o exercício da liberdade, a qual foi praticada por meio da própria convivência, na relação com o outro, na dinâmica cotidiana.

Eu disse que o doente havia falado do hospital psiquiátrico como 'escola da liberdade', não 'espaço da liberdade'. Falo de um percurso com o objetivo de reformular as condições de liberdade. [...] não existe um espaço específico, mas uma pluralidade de espaços – cada qual com suas características – através dos quais esta escola de liberdade pode ser realizada de diferentes maneiras. [...] porque, como todos sabemos, a liberdade não pode ser imposta pela violência e nem é dada pelo exterior (GALLIO e CONSTANTINO, 1994: 112-118).

Outra experiência francesa que se pode citar é a Psiquiatria de Setor, a qual se iniciou em 1945, a partir da contribuição de vários psiquiatras progressistas, entre eles Lucien Bonnafé. A Psiquiatria de Setor tinha como objetivo estruturar um serviço público e desenvolver o tratamento por meio da criação de equipes multiprofissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) responsáveis por uma área geográfica. Estas equipes atuavam segundo as demandas locais, realizando ações de prevenção e tratamento das doenças mentais e adotando medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a internação ou reinternação (RIBEIRO, 2004).

A internação em hospital psiquiátrico deveria ser vista como um evento transitório. O hospital psiquiátrico, nessa concepção, foi dividido, as comunidades esquadrihadas, e a cada divisão hospitalar correspondia uma área geográfica e social da comunidade. Em cada área havia uma equipe de saúde mental e instituições extra hospitalares, para assegurar o tratamento (AMARANTE, 1995: 77).

Para efetivar essa proposta, criaram-se Centros de Saúde Mental (CSM) nos bairros franceses, permitindo que o paciente circulasse pelos espaços como forma de inclusão social, acolhendo-o para que o mesmo não ficasse no hospital. Assim, ao receber alta, o paciente era encaminhado para o CSM, que ofereceria inúmeras vantagens, dentre as quais conhecer pessoas e lugares e ter contato com parentes de outros internos, os quais levariam notícias a seus familiares. A maior vantagem para o paciente seria o acompanhamento pela mesma equipe multiprofissional, dentro ou fora do hospital, o que permitiria explorar seu vínculo com os profissionais na continuidade do tratamento terapêutico. E a ordem inversa também era importante, pois, se um paciente do CSM precisasse ser internado, mas já conhecesse a equipe de profissionais, quebrar-se-ia o impacto negativo da situação (AMARANTE, 2007).

Como desdobramento e ampliação da experiência francesa, a Psiquiatria Preventiva que surge nos Estados Unidos nos anos 70 foi originada do cruzamento da Psiquiatria de Setor e da Comunidade Terapêutica, também ficando conhecida como Saúde Mental Comunitária. O marco importante para o surgimento da psiquiatria preventiva, segundo Amarante (2007), foi o censo realizado em 1955, no qual, após pesquisas sobre as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, constataram-se as precárias condições de assistência, a violência e os maus tratos a que eram submetidos os pacientes.

Com isso, pode-se considerar que a visão de sujeito presente na experiência francesa aposta no potencial do paciente para sua própria cura, de modo que o tratamento deve incentivá-lo para que ele consiga se curar. Considera-se que o próprio paciente apresenta dois pólos: o da loucura e o da saúde. Assim, o tratamento deve investir no pólo da saúde e, também, na própria capacidade do paciente, considerando que a saúde está nele próprio, não só nos remédios e no tratamento hospitalar.

A visão de comunidade considera, como ponto principal, a ênfase no trabalho com as transferências múltiplas entre o paciente e cada pessoa. Para atuar no âmbito da transferência e possibilitar sua prática, é preciso romper com o plano de hierarquia, tanto entre os profissionais (médicos, enfermeiros, faxineiros, seguranças, entre outros), como entre os profissionais e os pacientes.

A prática terapêutica defende uma terapia ativa, que tenha como objetivo incentivar a tomada de responsabilidade tanto do paciente quanto dos funcionários.

Nessa proposta, não há hierarquia e todos participam da cura, visto que a forma como o paciente estabelece o vínculo com o outro passa a adquirir uma função terapêutica. Outra característica dessa prática diz respeito à instituição manter as portas abertas, como exercício da liberdade, tal como defendida por Tosquelles.

Na Itália, a Psiquiatria Democrática

Segundo Nicácio (2003), a reforma psiquiátrica italiana ocorreu nos anos 1960, momento marcado por “lutas setoriais, por amplos questionamentos sobre o papel do Estado e de suas instituições e por demandas de ampliação e afirmação da democracia e da liberdade” (NICÁCIO, 2003: 91). Na área da assistência, a atenção estava nas condições de degradação das instituições psiquiátricas, o que levou Basaglia a questionar “as bases do saber psiquiátrico e a função social e política desempenhada pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio” (NICÁCIO, 2003: 91). A experiência vivida pelo autor no hospital psiquiátrico de Gorizia mostrou que a assistência psiquiátrica italiana estava atrasada, pois centrava-se no modelo custodial. Diante disso, a equipe do hospital procurou criar possibilidades de transformação dos saberes e das práticas psiquiátricas por meio do trabalho no interior do manicômio, “a partir de uma prática de transformação cotidiana, artesanal, de trabalhar com as pessoas, as relações, os espaços, os recursos, os saberes, as normas e os contextos” (NICÁCIO, 2003: 92).

Além disso, a reforma psiquiátrica italiana sofreu grande influência da Antipsiquiatria, uma corrente doutrinária na área de saúde mental que surge na Inglaterra na mesma época. A Antipsiquiatria tinha como característica principal a contestação da validade da ciência médica para resolver os transtornos psiquiátricos. Os defensores desse movimento, Ronald D. Laing e David Cooper, afirmavam a necessidade de se prestar mais atenção às influências nocivas que a sociedade e a família exercem sobre o doente. Muitos representantes opuseram-se à existência dos hospitais psiquiátricos, os quais, segundo Amarante, reproduziam “as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família” (AMARANTE, 2007: 53). Defendiam que o doente mental deveria ficar em contato com a sociedade, de modo que o processo terapêutico permitisse que o sujeito vivenciasse sua experiência, reorganizando seu interior. O papel do terapeuta, assim, seria o de auxiliar a pessoa a vivenciar e superar seu processo, protegendo-a e acompanhando-a (AMARANTE, 2007). “A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a

razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia, que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade.” (AMARANTE, 1995: 47).

A experiência italiana é conhecida em nível internacional, pois foi a única que aboliu as internações nos hospitais psiquiátricos, dando início ao processo radical de desinstitucionalização e defendendo a idéia de altas hospitalares e redução gradual do número de leitos.

Segundo Sadigursky e Tavares (1998, p. 3), a idéia de Rotelli é de que “a desinstitucionalização é um processo social complexo, que deve envolver todos os atores sociais, visando modificar a forma de organização das instituições psiquiátricas, criando estruturas que venham substituí-las”.

Segundo Nicácio (2003), o processo de desinstitucionalização gera possibilidades de reflexão sobre os saberes da psiquiatria e suas práticas, inclusive sobre as relações entre a organização social e a loucura no interior das contradições da vida e da existência, favorecendo, assim, a construção de perspectivas inovadoras para se pensar as instituições psiquiátricas, e não apenas os manicômios. Rotelli (1990), por sua vez, afirmava a necessidade de negar estas instituições e evidenciar a instituição inventada, a qual é resultado de projetos de transformação que consideram o contexto, o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam aos serviços. O autor, ainda, diz que o sujeito deve ser considerado enquanto “existência doente”.

O objeto da Psiquiatria não pode e nem deve ser a periculosidade ou a doença. [...] O objeto sempre foi a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. [...] Sobre essa separação artificial, se constituíram os conjuntos institucionais, todos referidos à “doença”. Era necessário desmontar esse conjunto para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto existência doente (ROTELLI, 1990: 1).

Esse processo propõe uma nova prática terapêutica, cuja intenção é deslocar o trabalho para o contexto social do doente, com ações de prevenção e reabilitação, entre outras. A finalidade é atingir a superação das internações nos manicômios de forma gradual, a partir da criação de serviços na comunidade.

Nesse sentido, rompe-se com a Psiquiatria Clássica, a qual tinha uma visão segregadora e considerava o manicômio a única resposta possível ao sofrimento psíquico, e constroem-se novas perspectivas, relacionadas à multiplicação das estruturas

médicas e sociais extra-hospitalares para dar assistência aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e formar um filtro para as hospitalizações posteriores.

Esse processo teve como protagonistas os técnicos que trabalhavam nessas instituições e visavam transformar a relação de poder entre a instituição e o sujeito, colocando, em primeiro lugar, os pacientes. A eliminação dos meios de contenção permite ao indivíduo

restabelecer a relação dele com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade de palavras; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetivos de interlocução; liberar os sentimentos, restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade, reativar uma base de rendimento para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 2001: 32).

O sistema de saúde mental no período pós-reforma passou a funcionar como um circuito, colocando em prática a dinâmica de circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas, características de um sistema de saúde que visa a assistência, e não a internação.

Segundo Amarante (2007), conforme se fecharam os pavilhões e enfermarias psiquiátricas no hospital de Trieste (cidade italiana pioneira nesta experiência), criaram-se serviços e dispositivos que substituiriam o modelo manicomial. Esses serviços caracterizar-se-iam como um “conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos” (AMARANTE, 2007: 56). Dessa forma, os primeiros substitutos dos hospitais psiquiátricos foram os centros de saúde mental (CSM), distribuídos em várias regiões da cidade (influência francesa). “Acredito que o bom manicômio seja aquele vazio, o bom serviço seja aquele cheio. [...] Em um bom Centro de Saúde Mental as demandas se misturam, se cruzam, se multiplicam, como acontece num mercado (trocas)” (ROTELLI, 1990: 4).

Nesse sentido, para Rotelli (1990), “a verdadeira desinstitucionalização será, então, o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto” (ROTELLI, 1990: 91).

Para o autor, o processo de singularização e ressingularização se tornará um problema, pois os projetos que visam a transformação devem levar em conta o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam ao serviço. Seria preciso, portanto, inventar um novo modo de criar oportunidades e propiciar

probabilidades para esse paciente, de forma que a doença pudesse ser colocada entre parênteses para favorecer a manifestação da real existência da pessoa diante de um psiquiatra finalmente participante. “Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização, voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes” (ROTELLI, 1990: 93).

A luta contra os manicômios implica que a instituição inventada precise de sujeitos plurais para uma prática terapêutica efetiva - artistas, poetas, pintores, inventores de vida; além de festas, jogos, palavras, espaços de encontros, recursos, talentos.

Pensa-se num sujeito como sujeito-cidadão com todos os seus direitos. O reconhecimento da liberdade do paciente significa o reconhecimento da própria liberdade por parte do médico, o que representa a superação do vínculo entre o médico (senhor) e o paciente (servo, aquele que é objeto de estudo).

A comunidade é vista como um espaço dos encontros das diferenças, propiciando relações baseadas nos encontros entre singularidades plurais. Assim, a comunidade é uma forma de o indivíduo reconciliar-se com os outros e consigo mesmo, tendo papel fundamental no tratamento do doente.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica

O contexto histórico da reforma psiquiátrica no Brasil remete à segunda metade da década de 1970, seguida dos anos 1980, tendo se caracterizado por embates contra a ditadura militar, o que trouxe mudanças sociais como as greves operárias, a anistia aos presos e exilados políticos e as eleições diretas. Além disso, emergiam críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central e houve uma série de denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços (TENÓRIO, 2002).

Na área de saúde mental, iniciou-se a denúncia de maus tratos e do péssimo atendimento nas instituições psiquiátricas. Segundo Tenório (2002), assim como a experiência italiana, a reforma psiquiátrica brasileira surgiu como uma crítica ao sistema nacional de saúde mental, à estrutura do saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Para Gradella Júnior (2002), o movimento da luta antimanicomial surgiu como uma

crítica ao modelo hospitalocêntrico, propondo o fim dos manicômios e abrindo espaço para as primeiras experiências com modelos substitutivos em saúde mental.

Associado a isso, o movimento da reforma sanitária (crítica às políticas de saúde do Estado autoritário) buscava a reformulação do sistema nacional de saúde, a administração e o planejamento dos serviços e a ampliação do acesso da população à assistência em saúde.

O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), criado em 1978, foi um marco importante para o nascimento da reforma psiquiátrica brasileira, pois, além das reivindicações trabalhistas, tinha um discurso político, crítico e humanitário. Alcançando grande repercussão, o movimento liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Tenório (2002) ainda afirma que, na década de 1980, o aumento de atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental foram processos importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma.

Segue-se a isso o fato de que a I Conferência Nacional de Saúde Mental foi o marco inicial para “desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (TENÓRIO, 2002:35). Para tanto, procurou envolver profissional e cliente (não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades), bem como incorporar novos aliados (os usuários e seus familiares) como agentes críticos e impulsionadores do processo. Além disso, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, substitutivo aprovado de um projeto do deputado Paulo Delgado, foi outro passo importante para desconstrução do modelo em vigor.

Na esfera das experiências ocorridas no Brasil acerca da reforma, Tenório (2002) afirma que a experiência de Santos (município no litoral do estado de São Paulo) procurou criar uma rede de serviços alternativos ao manicômio e construir uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais. Já a experiência da capital paulista buscou produzir um novo modo de conceber a doença mental, seu tratamento e a loucura, tendo subordinado os saberes e os instrumentos da psiquiatria a uma nova apreensão da doença mental e do que é tratá-la. Nos anos 1990, assistiu-se à criação e consolidação de propostas como a dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Lares Abridados ou Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), dentre outros.

Nos CAPS e NAPS, a partir de atendimentos-dia, oferecem-se, de modo a intensificar e diversificar os cuidados, atividades terapêuticas diversificadas, tais como atendimentos individuais, atendimentos grupais (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outros), visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades que integrem o doente mental na comunidade (TENÓRIO, 2002). Segundo Souza e Braga (2006), o CAPS paulista inspirou a criação de outras unidades nas mais diversas regiões do Brasil, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental.

Os Lares Abridados ou Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano para moradia de pessoas com transtornos mentais graves que, depois de muito tempo hospitalizadas, serão inseridas na comunidade (LOPES, 1999). Outras medidas foram tomadas para a atenção à saúde, tais como o programa De Volta para Casa, que oferece um auxílio-reabilitação para possibilitar, juntamente com outras estratégias, que a pessoa acometida por transtorno mental e por longo tempo internada em hospital psiquiátrico permaneça fora da instituição e seja reinserida socialmente.

Luzio e L'Abbate (2006) afirmam que os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs) funcionam como um serviço de atenção intensiva, orientado pelo modelo de hospital-dia, com atividades práticas, visando a construção de novos vínculos, ressignificando o processo de trabalho e buscando a inserção social.

Segundo Tenório (2002), o movimento de reforma psiquiátrica teve como protagonistas o profissional e o cliente, a cultura, o cotidiano, os usuários e seus familiares, verdadeiros agentes críticos impulsionadores do processo, os quais participavam de discussões, conferências e encontros. O autor completa dizendo que, a fim de agregar parcelas da sociedade em torno da causa, reservou-se o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural (HIRDES, 2007: 304).

Antes do processo de reforma psiquiátrica, a visão de sujeito que prevalecia era baseada, segundo Tenório (2002), na idéia de doença mental como o negativo da razão e

um desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, impondo ao louco um lugar de negatividade. Após a reforma, o sujeito passou a ser visto como ativo, repleto de potenciais a serem desenvolvidos e singularidades que deveriam ser expressas. Nas diversas experiências construídas, valorizou-se a possibilidade de expressão desse sujeito, tanto na linguagem verbal como na não verbal (artística, cultural, musical, artesanal, esportiva). Dessa forma, garante-se sua liberdade de criação e de expressão e a oportunidade de conviver melhor consigo mesmo e com o grupo.

Apesar desses avanços, o sujeito em sofrimento psíquico no Brasil ainda é visto, muitas vezes, como fonte de lucro para a indústria da doença mental. O hospital psiquiátrico tradicional ainda existe no país e o medicamento, com frequência, é tido como única solução ao sofrimento psíquico. Para Maia e Fernandes (2002), há uma negação da competência e da autonomia dos doentes mentais na determinação das condições de suas próprias vidas. O "louco" é impedido de usufruir de prerrogativas da vida civil (liberdade individual, direito à palavra, direito de ir e vir, de assinar cheques, comprar, vender, casar-se, separar-se etc), da vida política (votar e ser votado) e da vida social (sujeito à reclusão em instituições especiais).

Quanto à visão de comunidade, entende-se que a re-organização dos serviços de saúde mental traz a necessidade do deslocamento da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva no confronto do paciente com seu contexto (HIRDES, 2007). O hospital-dia busca exatamente essa assistência ampla ao indivíduo e o trabalho de reordenação do mundo interno do sujeito com a contribuição da família, a qual, muitas vezes, trabalha durante o dia e participa dos grupos familiares e de outras atividades no final do período. Sem a função de se tornar um eterno substituto da família, o hospital-dia dedica-se à constituição de outras referências do usuário com o mundo e tem como compromisso a integração do indivíduo com a comunidade, com outros recursos do bairro e da cidade (bibliotecas, cinemas, feiras, parques, praças etc), que são facilitadores do processo de desligamento da assistência intensiva e do processo de relacionamento com o mundo (LOPES, 1999).

Tenório (2002) afirma que alguns autores propõem que, em lugar de "comunidade", seja utilizado o termo "território", conforme a psiquiatria democrática italiana, tendo em vista que a palavra não só demarca a regionalização da assistência, como também possui muitos outros sentidos:

o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a idéia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (DELGADO, 1997a, p. 42 apud TENÓRIO, 2002: 32).

Observa-se, enfim, que um aspecto importante da reforma psiquiátrica brasileira refere-se às práticas terapêuticas, considerando que, segundo Tenório (2002), propõe-se hoje um tratamento que mantenha o paciente na comunidade, habitando o social como um recurso terapêutico, fazendo da rede social um instrumento de aceitação da diferença.

Algumas aproximações e alguns distanciamentos

A partir da leitura dos textos e do estudo dessas reformas, conclui-se que as quatro experiências (inglesa, francesa, italiana e brasileira) apresentaram, em suas propostas, a possibilidade de dar voz aos sujeitos, ouvir seus questionamentos e incentivar a participação destes no próprio tratamento. Pode-se dizer que, por outro lado, elas representaram um processo de continuidades e rupturas, já que, em cada uma, encontraram-se semelhanças e diferenças quanto às concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas.

Em todas as quatro reformas, houve a preocupação com a criação de espaços em que o sujeito pudesse se expressar livremente. As experiências que ocorreram, especificamente, na França e na Itália, valorizaram a liberdade do sujeito como primeiro passo para o tratamento, e incentivaram a sua participação nas discussões em grupo, nas quais suas vontades e seus desejos eram considerados. Propôs-se, ainda, a construção do seu entorno como um espaço que permitisse a convivência com os outros, a partir de seu livre mover-se e da garantia de seus direitos, como todo cidadão. No caso da reforma brasileira, a criação dos CECCOS (Centros de Convivência e Cooperativa) e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) permitiu que o sujeito tivesse a possibilidade de se expressar tanto por meio da linguagem verbal como a partir da não verbal, com trabalhos de pintura, desenho, cerâmica, artesanato etc. Além disso, a formação de uma rede social substituta dos hospitais psiquiátricos funcionou como uma importante estratégia de aceitação das diferenças. Já na reforma inglesa, a partir das comunidades terapêuticas, envolveram-se cada vez mais os pacientes nas discussões, criando um

espaço de debate sobre o funcionamento da instituição, embora ainda se mantivesse uma lógica que preservava a distinção entre os “sãos” e os “doentes”.

As experiências italiana e brasileira tiveram em comum a preocupação com a desinstitucionalização da loucura, propiciando a circulação dos sujeitos pelos espaços coletivos, além de terem permitido a apropriação destes. Como, a partir da reforma italiana, a instituição passou a ser algo desnecessário, abriram-se as portas dos hospitais, deixando os pacientes livres para entrar em contato com a sociedade. Dessa forma, a comunidade passou a ter um papel fundamental, pois foi onde passou a ocorrer o encontro das diferenças e, conseqüentemente, a criação de vínculos. A convivência com a comunidade, portanto, começou a ser vista como uma forma de o paciente se aproximar dos outros e de si mesmo. A experiência brasileira, por sua vez, teve o intuito de permitir ao usuário construir outras referências com o mundo, além de ter assumido o compromisso de integração do sujeito com a comunidade e com outros recursos do bairro e da cidade (bibliotecas, cinemas, feiras, parques, praças etc), que são facilitadores do processo de desligamento da assistência intensiva e do processo de relacionamento com o mundo.

Por outro lado, constataram-se diferenças entre as quatro experiências no que diz respeito à tentativa de reforma da própria instituição, ao processo de desinstitucionalização do tratamento e, também, à crítica à própria instituição psiquiátrica. Pode-se dizer que praticamente todas criticaram, em maior ou menor intensidade, a própria instituição hospitalar, mas a transformação de cada uma seguiu caminhos diferentes. A única experiência que não propôs uma crítica nesse sentido foi a inglesa, pois mantinha a mesma lógica institucional dentro dos espaços das Comunidades Terapêuticas. Para esta experiência, o sujeito devia se adequar a uma estrutura organizacional, já que, mesmo com a crítica que se propunha a fazer à estrutura rígida dos manicômios, ela mantinha em seu interior algumas questões que ainda perpassavam as origens destes. Uma delas era a exclusão social, considerando-se que os pacientes eram submetidos à internação em hospitais e permaneciam longe do contato social. Mesmo mudando algumas funções da instituição, a reforma psiquiátrica inglesa não procurou modificar a própria instituição, ou seja, permaneceu restringindo o paciente ao hospital, não dando possibilidades de o sujeito conviver com outras pessoas fora do ambiente hospitalar e poder, assim, exercer sua liberdade.

Já o processo de desinstitucionalização na reforma italiana foi bastante valorizado, assim como a liberdade do sujeito, a partir da qual o indivíduo apropria-se de si mesmo e, ao se conhecer, passa a conhecer o mundo. Para o exercício dessa liberdade, as portas dos hospitais precisaram ser abertas, como ocorreu também com a Psiquiatria de Setor francesa. Tanto na Psiquiatria Democrática italiana quanto na Psiquiatria de Setor francesa, apostou-se no vínculo existente entre pacientes, funcionários e comunidade, o qual deveria adquirir uma função terapêutica. No caso da experiência da Psicoterapia Institucional francesa, apesar de não se ter proposto uma crítica radical aos hospitais, problematizavam-se as hierarquias e hegemonias presentes nesses espaços.

A reforma psiquiátrica brasileira buscou criar uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova na sociedade em relação aos doentes mentais. Procurou, também, produzir um novo modo de conceber e tratar a doença mental, subordinando os saberes e os instrumentos da psiquiatria a uma nova apreensão da loucura. Quanto a essa experiência, cabe destacar que os investimentos nos serviços substitutivos vêm aumentando, mas a realidade nacional que se descortina ainda contempla o hospital psiquiátrico. Para Souza e Braga (2006), os serviços oferecidos pela rede são auxiliares à reinserção social de pessoas acometidas por transtornos mentais. Entretanto, ainda que o intuito seja de grande importância para romper com a institucionalização e o modelo asilar, os mesmos são insuficientes e mal distribuídos no território brasileiro, o que implica a desarticulação dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, Luzio e L'Abbate (2006) apontam que é preciso investir mais na atenção primária no setor de saúde mental, aumentando os serviços especializados, com melhor distribuição geográfica e melhor articulação entre eles.

Quanto aos termos defendidos nas quatro experiências, Rodrigues (2009) analisa três deles: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial e desinstitucionalização. O primeiro refere-se a uma expressão prática, porém, perigosa, já que a psiquiatria “jamais deixou de ser criticada/reformada ao longo de sua história” (p. 204). Além disso, a autora aponta que, mesmo reformada, a psiquiatria ‘psiquiatrizava’ e ‘psicologizava’ seus objetos, os ‘usuários’, e seus sujeitos, os ‘integrantes de equipes de saúde mental’.

Ainda segundo a autora, o manicômio teve uma função de retaguarda na reforma. Ele é apontado como o local onde permanecem os “crônicos”, ainda associados ao perigo social e à insegurança.

... tememos repudiar definitivamente a maior parte daquilo que, a duras penas, aprendemos nos bancos universitários e que nos legitima como curadores (no duplo sentido de tutela e terapêutica) de uma suposta 'desordem' ou 'disfunção'. Assim, o manicômio mental e a psico-lógica são nossos próprios limites, cristalizadores de modos de pensar, modos de agir, modos de ser (RODRIGUES, 2009: 204).

O segundo termo abordado por Rodrigues (2009), “atenção psicossocial”, refere-se a um paradigma em que eventualmente o ‘psico’ representa a clínica e o nobre, e o ‘social’ compreende o contexto, talvez o dos menos afortunados. A autora aponta que a reforma pôde insinuar uma atualização de termos freqüentemente utilizados, como, por exemplo, “doença mental”, que passou a ser designada por “sofrimento psíquico”. Afirma, porém, que ocorre uma pós-modernização da velha doença mental e que, embora haja uma alteração na nomenclatura, “ao separar sofrimento e condições de existência, restauramos a díade “o” psico e “o” social, na forma de texto e contexto, em lugar de fazer, do presumido contexto, o próprio texto” (p. 205).

O terceiro e último termo é desinstitucionalização. A autora aponta que tal ação “implicava uma transformação radical, nos âmbitos epistemológico, teórico, cultural, jurídico e da ação cotidiana, relativa aos modos de pensar, perceber, sentir e viver *a loucura e com a loucura*” (p. 205), e levanta a questão a respeito da formação do profissional da saúde, da sua implicação e dos vínculos estabelecidos com seu objeto de trabalho, o patológico. Questiona, ainda, se há uma análise da implicação do trabalhador ou se ele é apenas mais um a fazer uso do que a rede de apoio oferece, afirmando que: “Em lugar de tecer/balançar uma rede de alternativas (substitutivas) à Psiquiatria, vemo-nos hoje nas malhas de uma outra rede – a que volta a ‘manicomializar’ nossos modos de pensar, agir e ser, pois se conforma com que tudo mude para que “tudo continue como está” (RODRIGUES, 2009: 205).

A título de conclusão, é preciso dizer que, com o presente trabalho, procurou-se contribuir para um estudo mais aprofundado sobre as experiências de reforma psiquiátrica e as práticas de intervenção para pessoas com sofrimento psíquico. Além disso, buscou-se fornecer subsídios para a crítica do modelo tradicional, bem como colaborar para sistematizar os conhecimentos da área, corroborando com a ruptura de preconceitos e estereótipos relacionados às pessoas com sofrimento psíquico e fortalecendo práticas sustentadas em experiências comunitárias.

Porém, há de se dizer que, para que o objetivo da reforma psiquiátrica seja efetivado em sua plenitude, é necessário proporcionar mais do que um tratamento, é preciso oferecer lugares de bons encontros, espaços para que o sujeito possa expressar as suas vivências e as suas emoções.

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: PANORAMA/ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BASAGLIA, Franco. (coord.) A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, Franco. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FONSECA, Márcio Alves da. Michel Foucault e a constituição do sujeito. São Paulo: Educ, 2003.
- FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GALLIO, Giovanna; CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles – A escola da liberdade. Saúde Loucura 4. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GRADELLA JUNIOR, Osvaldo. Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. Revista Psicologia & Sociedade, v. 14, n. 1, Porto Alegre, 2002.
- HIRDES, Alice. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão. Revista Ciência & Saúde Coletiva para a sociedade, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1241. Acesso em: 22 de setembro de 2008.
- JONES, Maxwell. A comunidade terapêutica. Tradução de Lúcia Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.
- LOPES, Isabel Cristina. A contribuição paulistana à reforma em Saúde Mental Brasileira. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; VIEIRA, Maria Cláudia Tedeschi. (Orgs.). Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo, 1989-1996. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.
- LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Revista Interface, v. 10, n. 20, Botucatu, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002&

lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2008. doi: 10.1590/S1414-32832006000200002

MAIA, Rousiley Celi Moreita; FERNANDES, Adélia Barroso. O Movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 48, São Paulo, 2002.

MOURA, Arthur Hyppolito de. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. *Utopia da Realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000311545>>. Acesso em: 29 de abril de 2008, às 15h.

QUEIROZ, André Luis dos Santos. Dimensão psi: Foucault e o poder/saber psiquiátrico. *Revista Mente, Cérebro e Filosofia*, n. 6, p. 66-73, São Paulo, 2007.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 23, 2004.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Formação psi: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: Janne Calhau Mourão. (Org.) *Clínica e política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas*. 1. ed. Rio de Janeiro: GTNM/Abaquar, 2009, p. 201-206.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 6, n. 2, p. 23-27, 1998. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005&

lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 25 fev. 2008.

SANTOS, Núbia Schaper; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa; DELGADO, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 20, n. 4, Brasília, 2000.

SOUZA, Ângela Maria Alves; BRAGA, Violante Augusta Braga. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Revista Acta paulista de enfermagem*, v. 19, n. 2, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0103-21002006000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2008. doi: 10.1590/S0103-21002006000200013

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Revista História, Ciências, Saúde*, v. 9, n. 1, p. 25-59, Manguinhos, Rio de Janeiro, jan.-abr. 2002.

Adriana Rodrigues Domingues, Professora da
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Email: adridom@mackenzie.br

Adriana Feitosa
Celina de Campos Horvat
Débora Diegues
Fabiane Manuchakian
Ivan Ratcov
Janaína Araújo Muniz
Lílian Beatriz Perez
Michelle Finotti
estudantes de psicologia da
Universidade Presbiteriana Mackenzie

ⁱ A concepção de poder, nesse sentido, difere da concepção de poder adotada por Foucault, discutida acima. Basaglia utiliza o termo *poder* como algo que se detém ou não, diferentemente de Foucault, que o concebe como um jogo de forças que atravessa os sujeitos.