

SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

Antonio Lancetti
Paulo Amarante

FAZER *saúde mental* nos dias de hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos.

Com as mudanças acontecidas nos últimos anos no plano mundial (até mesmo por recomendação da Organização Mundial da Saúde) outros profissionais da área da saúde, especialmente os que operam na atenção primária e outras áreas, são convocados para intervir e participar dos processos de reabilitação das pessoas que ouvem vozes, usam drogas de maneira suicida, sofrem angústias, violências e opressões graves.

Cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental.

O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, da organização das políticas ou da formação profissional. Da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico.

O hábitat privilegiado para o tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro onde as pessoas moram, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem.

Em São Paulo (nas regiões de Sapopemba, Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia) e Campinas; Quixadá e Sobral no Ceará; Recife, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho em Pernambuco; Aracaju no Sergipe; no Vale de Jequitinhonha e vários municípios mineiros; em alguns municípios cariocas e muitos outros locais onde há Programa de Saúde da Família (PSF), que atuam de maneira articulada, todos os

trabalhadores recebem formação e participam ativamente das atividades terapêuticas da saúde mental.

Esses profissionais trabalham em equipes de saúde mental compostas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, mas na prática se responsabilizam pelo cuidado e pelo monitoramento das pessoas cobertas pelo PSF, isto é, que moram no território de atuação.

Algo similar acontece entre os profissionais de saúde e os que trabalham em Caps (Centros de Atenção Psicossociais). Os Caps são serviços que têm a atribuição de atender pessoas com graves problemas psíquicos; alguns Caps têm camas para acolher pessoas em crise.

Os Caps, cujo funcionamento será explicado adiante, trabalham cada dia mais conectados com as unidades de saúde. Os pacientes são os mesmos e a experiência vem demonstrando que o trabalho conjunto é mais eficaz e menos danoso para os profissionais de saúde.

Ao contrário do que muitos supõem, a possibilidade de intervir em situações que outrora era exclusividade de psiquiatras, policiais ou religiosos, e de intervir com eficácia, traz recompensa e alegria a dura vida dos trabalhadores de saúde.

O QUE É SAÚDE MENTAL?

A expressão *saúde mental* tem, certamente, muitos significados. O mais comum está relacionado à idéia de um campo profissional, ou a uma área de atuação. É comum ouvir as pessoas falarem que lidam com *saúde da criança*, ou que atuam no campo da *saúde da família*, e assim por diante, que atuam na *saúde mental*. Dessa forma, um primeiro sentido que se atribui à expressão está relacionado a esta idéia de campo de atuação, ou do campo de conhecimentos relacionado à saúde mental das pessoas. Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracteriza por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se entrecruzam em torno do campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história, para citar alguns.

Mas, a partir daí o tema parece tornar-se mais complexo. Por quê?

Para responder a esta pergunta, vamos tentar inverter a expressão e, em vez de falar de *saúde mental* vamos falar de *mente saudável*. O que significa exatamente ter uma mente saudável? Existe efetivamente esta qualidade de mente? Podemos defini-la, medi-la, dosá-la? Vemos as-

sim como nosso campo de atuação é complexo, difícil e perpassado por inúmeras variáveis de ordem ideológica, política, social, cultural. . . Isso porque, em cada sociedade, época ou cultura, podemos identificar tipos sociais mais ou menos ideais, mais ou menos sadios, mais ou menos normais de acordo com cada um dos padrões.

Enfim, considerando a amplitude e a complexidade da série de práticas e teorias relacionadas com a definição de *saúde mental*, vamos propor, neste texto, uma organização, exclusivamente a título didático, em três conjuntos de acepções do termo. Uma análise mais detalhada, assim como outras informações e referências bibliográficas destas acepções de saúde mental, pode ser encontrada em *Loucos pela vida — a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, de Paulo Amarante (Amarante, 2005).

A primeira acepção relaciona-se às origens históricas da psiquiatria, quando a expressão *saúde mental* ainda nem era cogitada. Vejamos então alguns aspectos destas origens históricas, a começar pela origem do hospital psiquiátrico.

Os hospitais, atualmente tão naturalmente associados à medicina, não nasceram como instituições médicas, como nos demonstrou George Rosen no seu clássico livro *Uma História da Saúde Pública* (1994). O próprio nome já nos faz ver que eram instituições de hospedagem, de hospitalidade (*hospitale*, *hospitatio*). Nasceram como instituições religiosas, filantrópicas, de cuidados dos necessitados, dos mendigos, dos miseráveis que careciam de uma assistência humanitária, característica dos religiosos. Era evidente que uma população dessa natureza seria também uma população com muitos problemas de doenças, condição comumente associada à pobreza e à carência econômica e social.

Mas, no século XVII, os hospitais passaram a exercer também uma função social e disciplinar, ao receberem delinqüentes ou desajustados, além dos pobres e necessitados. Eram, geralmente, grandes instituições, com centenas ou milhares de pessoas internadas, amontoadas nos pavilhões e nos pátios. Michel Foucault, que escreveu um dos mais importantes trabalhos sobre as origens da psiquiatria e da psicologia, intitulado *História da Loucura na Idade Clássica*, adotou a expressão “A Grande Internação” para referir-se a estas macroinstituições asilares, características da época.

Com o advento da Revolução Francesa, e, evidentemente, de todo o seu entorno histórico, tais instituições começaram a ser reformadas. Dentre as metas revolucionárias, inspiradas no lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, existiam os objetivos de sanear o aspecto insalu-

bre e de superar a natureza de violência e exclusão social que tais instituições representavam.

Foi num destes hospitais que Philippe Pinel começou a operar um processo de transformações que deu origem à psiquiatria. Por causa deste motivo seu nome é homenageado em muitos países dando nome a hospitais psiquiátricos, e ele passou a ser conhecido como o Pai da Psiquiatria.

Esta primeira modalidade de organização da psiquiatria recebeu o nome de *alienismo*, em virtude do fato de ter sido um campo de saber voltado para o estudo do que Pinel denominou de *alienação mental*. Inicialmente, vejamos o aspecto da reformulação do espaço e da função hospitalar. Pinel, cuja formação principal era a de médico — e que foi professor de medicina interna da Faculdade de Medicina de Paris — começou por retirar do hospital todos os que não eram especificamente enfermos e a dar-lhes outros destinos. Em seu entendimento, somente as pessoas doentes deveriam ficar no hospital que, assim, começou a ter sua função profundamente redefinida. No interior do hospital os enfermos passaram a ser *separados*: expressão por ele adotada para designar a divisão dos doentes de acordo com os tipos de enfermidades. E nessa rotina de identificar as patologias, observá-las, descrevê-las minuciosamente, classificá-las e separá-las, uma nova forma de produção e construção do saber e da prática médica começou a tomar forma, que virá a desembocar no que atualmente denominamos de *clínica*.

Neste processo de identificação das modalidades de doenças, Pinel dedicou-se especialmente ao que denominou de *alienação mental*, primeiro conceito utilizado na medicina para nomear o que então era conhecido como loucura. Seu livro, que é um marco na fundação do saber psiquiátrico, foi intitulado de *Tratado Médico-Filosófico da Alienação Mental ou Mania*, e se tornou fonte obrigatória de consultas e estudos dos alienistas e psiquiatras por longo período de tempo.

É curioso observar que o termo *alienação* provém do latim *alienare* / *alienatio*, que significa estar fora de si, fora da realidade. Tem ainda o sentido de alienígena, isto é, estrangeiro, que pode remeter à idéia de alguém que vem de fora, de outro mundo, de outra natureza. Machado de Assis foi muito sensível e perspicaz ao escrever *O Alienista*, uma das mais importantes obras de nossa literatura, e que pode ser considerada a primeira obra crítica ao saber médico-psiquiátrico, em que pese o fato de ser uma obra “literária” e não “científica”!

Nesse contexto de reorganização da ordem social e política, com a superação da estrutura monárquica e feudal, com o advento do

iluminismo e do racionalismo, nomear alguém de alienado poderia significar dizer que ele estava incapaz de participar da sociedade. Na Idade da Razão, o conceito de alienação seria suficiente para excluir as pessoas que fossem identificadas como tais. Efetivamente, para Pinel, a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio na Razão. O que é paradoxal, pois a Razão é um conceito absoluto. Uma pequena alteração na Razão implica que não exista Razão verdadeira.

Por outro lado, aventar a possibilidade de uma pessoa Sem-Razão, ou desprovida da Razão, em outras palavras, irracional, implica aproximá-la da idéia de animalidade que, de acordo com o senso comum, é sinônimo de irracionalidade. Decorre daí a relação quase obrigatória entre o conceito de alienação mental e periculosidade. Em boa parte, a necessidade de internamento de enfermos mentais decorre desta probabilidade de que o louco seja perigoso, que represente riscos, para si próprio e para a sociedade.

Um outro conceito foi importante neste processo de constituição do paradigma psiquiátrico. Ele nos foi fornecido por Robert Castel (1979), outro autor fundamental para nossa compreensão da *tecnologia pineliana* ou *síntese alienista*: trata-se do conceito de *isolamento*. Em *A Ordem Psiquiátrica — a Idade de Ouro do Alienismo*, Castel nos demonstra como Pinel, grande adepto das ciências naturais e, muito particularmente, de Lineu, o Pai da Botânica, considerava que para que um objeto fosse estudado e conhecido pela ciência, ele deveria ser *isolado do mundo exterior*, isto é, isolado das interferências que prejudicassem a observação objetiva e inconteste. Por isso aconselhava que todos os alienados fossem isolados de suas famílias, de seus vizinhos e amigos; enfim, que fossem internados em uma instituição onde inexistissem as interferências indesejáveis à observação e ao conhecimento científico.

Mas o isolamento abriu uma outra perspectiva ainda. A de que a inclusão de uma pessoa em uma instituição bem estruturada pudesse contribuir para a reorganização da própria pessoa. Ou melhor, a de que a instituição pudesse tornar-se, por si mesma, uma espécie de tratamento. Estamos assistindo à origem das instituições que Michel Foucault, em outra obra fundamental intitulada *Vigiar e Punir — História da Violência nas Prisões* (Foucault, 1977) denominou de *disciplinares* e que formaram a base das sociedades modernas, industriais e complexas. Veja como é curioso refletir sobre os nomes de tais instituições, como o “reformatório de adolescentes”, a “casa de correção”, a “penitenciária” ou a “escola normal”! É nesta linha de propostas que o hos-

pital psiquiátrico foi constituído, com o objetivo de operar o que Pinel denominou de *tratamento moral*. Este consiste em uma série de regras, princípios, rotinas, etc., que são adotadas nas instituições e que têm como objetivo reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados.

Um outro autor importante, Erving Goffman, escreveu um livro intitulado *Manicômios, Prisões e Conventos* (Goffman, 1974), no qual relata sua pesquisa em que estudou uma variedade destas instituições, assim como outras similares, que nos auxiliam a compreender a natureza do hospital psiquiátrico como *instituição total*.

Enfim, revisitamos as bases do saber e da instituição psiquiátrica, que estamos denominando de paradigma da psiquiatria, para podermos entender os princípios do funcionamento dos hospitais nesta área, e porque são calcados em práticas de tutela, disciplina, vigilância e controle.

A SAÚDE MENTAL COMO IDEAL DE SOCIEDADE

Em que pese o compromisso libertário e democrático de Philippe Pinel, o hospital psiquiátrico criado por ele não foi verdadeiramente um lugar de tratamento e de cuidado para com as pessoas com sofrimento mental. Pelo contrário, em pouco tempo passaram a existir denúncias de maus-tratos, de violências, de violação dos direitos humanos das pessoas internadas. E assim surgiram muitas propostas de mudanças do modelo psiquiátrico centrado no hospital, que demarcam a segunda acepção da saúde mental, que diz respeito às reformas psiquiátricas.

As propostas mais importantes surgiram no final ou logo após o término da Segunda Grande Guerra. Com a guerra os europeus conheceram o horror dos campos de concentração, e começaram a perceber que entre estes e os hospícios praticamente não existiam diferenças. Franco Basaglia chegou a escrever um livro em que se refere à violência institucional da psiquiatria como *crimes em tempos de paz* (Basaglia, 1982).

A primeira proposta para revolucionar a psiquiatria, isto é, tornar o hospital psiquiátrico, que era local de degradação e de produção de doença, em local terapêutico, ocorreu no Reino Unido, e recebeu a denominação de Comunidade Terapêutica.

A idéia de Maxwell Jones, seu principal líder, e seus companheiros, era envolver todas as pessoas que estavam no ambiente hospitalar (enfermos, médicos, enfermeiros e demais funcionários), num projeto

terapêutico comum. Daí a idéia de uma comunidade terapêutica, onde eram realizadas assembléias, reuniões, grupos terapêuticos.

Nos anos 1940 iniciou-se, no Hospital Saint-Alban, no sul da França, outra revolução psiquiátrica: François Tosquelles, um enfermeiro que tinha trabalhado num hospital do País Basco e, por ser militante, conhecia o modo de organização sindical e de cooperativas criadas na Guerra Civil Espanhola, liderou a experiência.

No hospital de Saint-Alban foi usado o modelo das cooperativas dos operadores catalães (ver “François Tosquelles a Escola da Liberdade”, de Giovanna Gallio & Maurizio Constantino, in: *Saúde Loucura 4*, São Paulo: Hucitec, 1993).

St.-Alban foi literalmente atravessado pela vida social, os camponeses para ir à feira passavam por dentro do hospital com suas vacas e realizavam muitas atividades conjuntas, festas, comércio, etc. St.-Alban também recebeu vários intelectuais comunistas fugidos dos campos de concentração nazistas. Georges Canguilhem, escreveu os últimos capítulos de *O Normal e o Patológico*, um dos maiores livros sobre a Filosofia da Medicina, em St.-Alban, onde esteve morando com sua família.

Essa linha da transformação psiquiátrica é conhecida pelo nome de Psicoterapia Institucional.

Estas propostas foram muito importantes, pois possibilitaram, pela primeira vez, que a voz do paciente fosse ouvida, e que ele fosse visto como uma pessoa com potencial de participar de seu próprio tratamento. Contudo, suas limitações ficaram claras pelo fato de que eram propostas que se atinham à possibilidade de transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição de cura. Introduziram muitas inovações, mas ficaram restritas ao modelo hospitalocêntrico que, em última instância, afasta os sujeitos de suas famílias, de seus territórios.

Outras propostas procuraram sair do modelo hospitalar e se voltaram para a comunidade, intencionando, com isso, reduzir a ocorrência de enfermidades mentais ou a necessidade de internamento hospitalar. Estamos nos referindo às propostas da psiquiatria preventiva norte-americana (também denominada de saúde mental comunitária), e da psiquiatria de setor francesa.

Em ambas as propostas predominaram os projetos de criação de centros de saúde mental comunitários, onde as pessoas continuariam a ser acompanhadas após a alta hospitalar ou onde seriam tratadas logo que fosse identificado algum problema de sofrimento mental. No entanto, tais propostas ficaram ainda muito aprisionadas ao modelo hospitalar, pois o hospital continuava sendo a referência fundamental

para as situações consideradas graves ou de crise. Franco Basaglia escreveu um artigo intitulado “Carta de Nova York — o Doente Artificial” (Basaglia, 2005), em que elaborou a primeira e mais profunda crítica ao modelo preventivista norte-americano. Para ele, os centros de saúde mental americanos, que serviram de modelo para boa parte da América Latina e do mundo, passaram a se ocupar dos casos clínicos mais leves, mais administráveis em regime ambulatorial, e passaram a remeter os graves para o hospital. Enfim, acabaram por reforçar o papel do hospital como o *locus* privilegiado de tratamento, como no arcaico modelo da psiquiatria tradicional.

Uma reflexão crítica sobre a proposta preventivista pode ser encontrada no texto “Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental” de Antonio Lancetti, publicado em *Saúdeloucura 1*. Mas, em todo o caso, as propostas de caráter preventivista abriram a perspectiva do trabalho comunitário e a idéia da promoção em saúde mental.

A EXPERIÊNCIA REVOLUCIONÁRIA: DE TRIESTE, NA ITÁLIA A SANTOS, NO BRASIL

Em Trieste, a partir de 1971, desenvolveu-se a experiência mais original e radical de transformação do modelo assistencial psiquiátrico, que servirá de base para a terceira acepção da saúde mental adotada neste capítulo, que nos abre a dimensão revolucionária das rupturas com o paradigma psiquiátrico e não simplesmente suas melhorias ou transformações.

Franco Basaglia foi a principal personagem deste processo e nosso objetivo agora é procurar entender suas propostas e projetos.

A experiência de Gorizia e, mais tarde, de Trieste na Itália levaram o processo de coletivização da experiência e de inserção e transformação social a sua máxima expressão com o fechamento do Hospital Psiquiátrico e sua substituição por serviços territoriais.

Basaglia considerava que para poder estudar as doenças mentais, a psiquiatria havia posto o homem, isto é, o sujeito, entre parênteses. Assim, a psiquiatria acabou estudando doenças abstratas, pois as elas não existem por si sós. As doenças, expressão muito inadequada para o campo psíquico, somente existem enquanto sejam experiências de sujeitos concretos. Da mesma forma, a psiquiatria afastou-se dos doentes, ou seja, dos sujeitos concretos das experiências de sofrimento, e passou a tratar das doenças como algo que envolvia as pessoas, como uma infecção ou traumatismo. Em contrapartida, Basaglia propunha

que era preciso *colocar a doença entre parênteses para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento.*

Trata-se, aparentemente, de uma operação simples, mas na prática ela revela uma grande riqueza, pois o profissional de saúde mental, que antes tinha diante de si um esquizofrênico catatônico, um alienado, um incapaz de Razão e Consciência, encontra subitamente uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos. Com a doença mental entre parênteses o sujeito deixa de ser reduzido à doença; surgem assim necessidades outras, novas, que antes os profissionais de saúde mental não conseguiam vislumbrar. Por isso o tratamento também deixa de ser a prescrição do *isolamento* ou do *tratamento moral*. O sujeito, visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos. Percebe-se nestas intervenções epistemológicas e práticas de Franco Basaglia que, a um só tempo, estão sendo operadas algumas rupturas com as bases do paradigma psiquiátrico, na medida em que estão sendo superados os conceitos de *alienação mental*, de *isolamento* e de *tratamento moral*, que nenhuma das propostas anteriores de reformas psiquiátricas havia almejado realizar.

O processo desenvolvido em Trieste passou então a ser um processo de construção e reconstrução de muitas vidas que estavam apagadas e reprimidas nos manicômios e das muitas vidas que estariam por adentrar nos manicômios caso não fosse iniciado este processo. Por isso foram criadas cooperativas de trabalhos para pessoas antes internadas, agora não mais chamadas de pacientes, mas de usuários. Por que usuários? Porque não são apenas pessoas doentes, mas cidadãos que utilizam um recurso público. Foram criadas residências para os ex-internos que não tinham mais famílias ou que, por inúmeras razões, não teriam condições de habitar com elas. Foram iniciados vários projetos de natureza cultural, de vídeo, cinema, teatro, oficinas de arte, dentre outros. Foram constituídas associações de familiares e usuários para que se pudesse dialogar com as demais entidades da sociedade civil e com o próprio Estado. Enfim, foram postas em ação diversas possibilidades e iniciativas que Franco Rotelli (1990), sucessor de Basaglia em Trieste, denominou de *estratégias de desinstitucionalização*.

Em Trieste os manicômios foram fechados e inteiramente *substituídos* por esta gama de recursos assistenciais, políticos, culturais e sociais. O doente, que no modelo anterior estava restrito às enfermarias do hospício, agora passava a habitar a cidade como os demais cidadãos. E, por outro lado, o trabalho dito “terapêutico” dos profissio-

nais, que antes se restringia também ao hospício, e que antes se restringia às atividades de controle e vigilância, características das *instituições totais*, ou de tratamento médico tradicional, como administração de fármacos ou de terapias biológicas (eletroconvulsoterapias, lobotomias), agora se ampliava para a atuação no território. Assim é que surge a noção de trabalho de base territorial, isto é, um trabalho que se desenvolve no cotidiano da vida da cidade, nos bairros, nos locais onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. O território não é apenas a região administrativa, mas as relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em uma dada sociedade. ???

A experiência de Trieste foi muito importante e desencadeou um processo de mudanças em toda a Itália, onde, em 13 de maio de 1978, foi aprovada a Lei 180, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia. Esta é a única lei nacional em todo o mundo que prescreve a extinção dos manicômios em todo o território nacional e determina que sejam constituídos serviços e estratégias *substitutivas* ao modelo manicomial.

Franco Basaglia foi sensível e capaz de compreender as especificidades e *positividades* de cada momento histórico da psiquiatria e da saúde mental. Percebeu que o manicômio se fez necessário, uma vez que ofereceu asilo a quem dele necessitasse, assim como ofereceu abrigo e cuidados a muitos desassistidos, em que pese a forma como realizou tais tarefas. Assim, extraiu das experiências de saúde mental comunitária a estratégia do centro de saúde mental, mas de forma diferente: não como serviços auxiliares ou complementares ao modelo psiquiátrico manicomial, mas como serviços efetivamente substitutivos; com funcionamento de 24 horas, todos os dias da semana, com oferta de leitos para atenção à crise e outras possibilidades de assistência e cuidado, com equipes multidisciplinares capazes de atuar não apenas no interior do centro de saúde mental, mas no território, nas residências, nas escolas, praças e locais de trabalho. Instituiu também os projetos de residencialidade, isto é, a criação de residências ou estratégias outras de moradia para pessoas que, pelos mais variados motivos, não tinham condição de construir as próprias casas. Por outro lado, ressignificou a idéia da laborterapia, das oficinas de ergoterapia, do trabalho como *tratamento moral* e criou as cooperativas de trabalho que produzem cidadania, subjetividades e sociabilidades nas relações dos que nelas se envolvem. Compreendeu enfim a importância de atuar no território, não como forma de expandir a ideologia psiquiatrizante/psicologizante manicomial, mas, ao contrário, como estratégia de superação do modelo manicomial.

Para maior aprofundamento no pensamento e na trajetória de Franco Basaglia é fundamental conhecer os *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (Basaglia, 2005).



O Brasil também conta com tristes páginas na sua história pelo modo como tratou seus doentes mentais. Segundo o líder indígena Ailton Krenak, seus parentes não conheciam uma palavra com a qual pudessem chamar alguém de “louco”. Indagado a respeito de como tratavam as crises de pessoas que *piravam*, ele disse que cuidavam para que não machucassem nem se machucassem, que os deixavam isolar-se e que depois, usando a sensibilidade, os integravam aos afazeres do povo.

Em 1975, no Hospital Juliano Moreira de Salvador, Bahia, havia pacientes esquizofrênicos, na total maioria negros, trancafiados em senzalas. O prédio do Hospital foi construído outrora por um importador de escravos nos Altos da Boa Vista, um dos locais mais altos da cidade, para avistar os navios negreiros que chegavam da África. A propriedade foi posteriormente vendida para o pai de Castro Alves, que aí instalou uma casa de saúde. Conta-se que naquele lugar Castro Alves escreveu alguns de seus poemas libertários. Posteriormente foi lá instalado o manicômio judiciário e um hospital psiquiátrico que já não existe. O hospital tem o nome de Juliano Moreira, um psiquiatra baiano, negro, que, apesar de ter formação na Alemanha, por problemas de discriminação racial, migrou para Rio de Janeiro, onde dirigiu o Hospício Nacional de Alienados (ex-Hospício de Pedro II).

No Brasil foram construídos hospitais estatais e federais em todas as grandes capitais. Muitos deles foram e ainda são filantrópicos. Durante os anos 1960 e mais incisivamente nos anos 1970 e 1980, os hospitais financiados pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) tornaram-se negócio rentável apesar de seu alto grau de iatrogenia, pois podiam ter centenas e até milhares de pacientes internados com pouquíssimos funcionários, péssimas condições sanitárias e anulação de direitos de cidadania de seus internos. Luiz Cerqueira, em seu livro *Problemas Brasileiros de Psiquiatria Social*, afirmava que o Brasil chegou a ter cerca de cem mil leitos psiquiátricos no início dos anos 1980 (Cerqueira, 1984).

Mas também no Brasil foram realizadas numerosas experiências de transformação. O país é tão vasto que seria injustiça destacar uma ou outra experiência, mas a título ilustrativo mencionaremos a expe-

riência da Comunidade Enfance liderada por Osvaldo Di Loretto em São Paulo que testou a prática da comunidade terapêutica ou de Oswaldo Santos, que realizou experiência semelhante no Rio de Janeiro ou ainda a experiência de Luiz Cerqueira em São Paulo que iniciou, com sua psiquiatria denominada por ele de preventivo-regionalizada, uma tentativa de superação do modelo hospitalocêntrico liderado em São Paulo por Franco da Rocha, criador do Hospital Juqueri que chegou a ter mais de 15.000 internos.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde, os hospitais psiquiátricos começaram a ser criticados do ponto de vista ideológico, político, sanitário e fundamentalmente prático. Seu exercício foi regulamentado e foram deixando de ser opção de lucro.

Em São Paulo, no início dos anos 1980, iniciou-se uma tentativa de reforma do sistema psiquiátrico com o re-equipamento dos Ambulatórios de Saúde Mental (que eram locais cronificados onde se distribuíam remédios com consultas feitas às corridas) para atendimento em grupo e com objetivo de que estes procedimentos evitassem o encaminhamento dos pacientes ao hospício. Por outro lado, nos centros de saúde, foram instaladas equipes mínimas compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social destinados a fazer prevenção em saúde mental, abrangendo o todo bio-psico-social.

Nessa valiosa experiência, ainda influenciada pelo preventivismo americano, acreditava-se que, operando em três níveis: primário, secundário e terciário, se poderia deter o fluxo de pacientes que iria para o hospital psiquiátrico. O que se comprovou foi que somente alguns dos ambulatórios conseguiam dar acolhimento a pacientes graves, e que os centros de saúde encaminhavam mais pacientes para o hospital psiquiátrico que os ambulatórios, apesar de cobrirem uma população menor.

Em 1989, com a constituição brasileira recentemente promulgada, criaram-se as condições de um grande salto na história da saúde mental brasileira: ela adotou que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. A constituição também prescreve que quem deveria velar pela situação de saúde dos cidadãos eram as autoridades municipais.

Foi nesse princípio que se fundamentou a experiência de Santos.

Nela, a diferença de tudo que se tinha tentado até então — começou-se a construção de um sistema de saúde mental a partir da desconstrução do hospital psiquiátrico.

Em 3 de maio de 1989 foi decretada a Intervenção no único hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde Anchieta. Depois de de-

núncias de maus-tratos e mortes acontecidas no hospício, uma equipe liderada pelo psiquiatra Roberto Tykanori começou a gerenciar essa instituição privada que tinha aproximadamente quinhentos pacientes.

Uma legião de profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas entrou no hospício para cuidar dos pacientes que se encontravam em estado de saúde lamentável. Toda ordem institucional foi alterada; na primeira noite foram fechadas as celas fortes, proibida a aplicação de eletrochoques, alguns pacientes começaram a sair do hospital e as famílias convocadas para participar das altas.

A Intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi mais uma escola de liberdade; Santos fez jurisprudência, pois até então só existia um princípio constitucional, a letra da lei; houve então muitos e intensos conflitos e embates.

As enfermarias foram reorganizadas de maneira que dignificasse a vida dessas pessoas. Os internos foram agrupados em enfermarias segundo a localidade de origem. De modo que quando a equipe técnica e seus pacientes estavam suficientemente integrados e fortalecidos saíam do hospital para fundar os Naps (Núcleos de Atenção Psicossocial).

Esses núcleos eram fundados com um trabalho prévio de mobilização dos moradores do local. Em centros comunitários, sindicatos e igrejas era discutido um vídeo que apresentava a Intervenção e mostrava o Hospício para a sociedade e discutia a necessidade de conviver com as pessoas internadas no Hospital.

Os Naps de Santos nasceram substitutivos ao Hospício. Lamentavelmente, não todos os Caps, como o Ministério da Saúde preferiu chamá-los, têm essa missão. Os Naps, além de estarem encravados no território, estavam articulados num complexo que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômios.

À medida que se ia desmontando o hospício iam-se criando os Naps, os Prontos-Socorros Psiquiátricos, o Núcleo de Trabalho e as cooperativas, a moradia para os pacientes crônicos sem contato familiar, o Centro de Valorização da Criança e do Adolescente (CVC) e o Núcleo de Artes TAM TAM.

Esse núcleo criou uma rádio, que inicialmente funcionava no hospital e depois se transformou na Rádio TAM TAM, que divulgou seus programas pelo Brasil afora e até no exterior. Foi criado também um programa de vídeos chamado de TV TAM TAM.

Outra característica diferencial de Santos foi que a experiência foi liderada pelas autoridades governamentais. O grande líder foi o então secretário de saúde, e posteriormente prefeito da cidade, David Capis-

trano. Talvez foi essa a razão de ter sido realizada em tempo recorde. Em 1989 foi iniciada a Intervenção ao Hospital e em 1994 o hospital estava fechado e o sistema de saúde mental funcionando.

Enfim, com a experiência de Santos foi possível demonstrar que era possível cuidar de pessoas com sofrimento mental intenso sem o concurso dos manicômios. O ensinamento que devemos à Revolução Santista da Saúde Mental foi a migração de sua metodologia a outros campos de atuação: assistência social, tratamento de drogados, de meninos e meninas em situação de rua ou de prostituição, educação e programas de distribuição de renda.

Mas, além da contribuição de Santos, o certo é que a Reforma Psiquiátrica avançou significativamente no Brasil: em 1989 havia treze Naps ou Caps e oitenta mil leitos. Hoje temos 820 Caps e Naps e 45 mil leitos psiquiátricos.

SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde mental é, por assim dizer, o eixo da Estratégia de Saúde da Família. Na ESF os pacientes conhecem os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários pelo nome. E os membros da equipe de SF também conhecem os pacientes pelo seu nome. Conhecem, cada dia melhor, suas biografias e o território existencial e geográfico.

Na ESF os pacientes deixam de ser números de prontuário; eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas.

Cinco agentes comunitários, um ou dois auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico atendem de oitocentas a mil famílias. Os múltiplos procedimentos e o fato de serem sempre essas mesmas pessoas permite uma continuidade nunca vista em outras modalidades de atendimento.

Essa continuidade exige dos profissionais de saúde lidarem com o sofrimento humano. Lidar com famílias e suas histórias gera angústia, entusiasmo, impotências, medo. . .

Os usuários do sistema de saúde depositam nos membros da equipes as mais variadas formas de amor, ódio, esperança; e os profissionais também experimentam diversas maneiras inusitadas de relacionar-se com eles.

Esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais da saúde mental.

Na ESF há, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos, pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental, desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político.

O simples encaminhamento para departamentos ou setores especializados não funciona no caso da saúde da família. Parte significativa da população sofre de algum distúrbio psíquico e três por cento dela com gravidade. Muitos desses pacientes nem sequer vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria, e às vezes a forma de intervenção da estratégia da família é mais incisiva e tem potencialidade de operar mudanças maior que a do Caps e, certamente, maior que o Hospital Psiquiátrico.

O médico de família e, algumas vezes o agente comunitário de saúde, tem poder vincular muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo. A SF tem poder de inserção no território maior que o Caps.

Mas os Caps e as equipes volantes de saúde mental devem associar-se às equipes de SF, contribuir com a capacitação e, fundamentalmente, trabalhar juntas.

A característica principal dos programas de saúde mental desenvolvidos no âmbito da Saúde da Família é o envolvimento, a coresponsabilização dos pacientes e seus grupos familiares. Os pacientes são atendidos pelas equipes de SF e pelas equipes de saúde mental.

Em alguns casos as equipes multidisciplinares trabalham nos Caps, em outras as equipes são volantes, não têm consultório. Mesmo nos locais onde há ambulatórios de especialidades com ginecologista, cardiologista, pneumonologista, gastroenterologista, etc. Não há consultório de psiquiatra nem de psicólogo.

As equipes de saúde mental são compostas por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros (existem localidades no Brasil onde não há enfermeiros da área ou não há psiquiatras ou terapeutas ocupacionais).

A metodologia adotada por essas equipes está sintonizada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com a metodologia apreendida nas experiências de desconstrução manicomial, com a migração da práxis da desinstitucionalização e a invenção institucional (ver *Desinstitucionalização*, textos de Franco Rotelli, livro organizado por Fernanda Nicácio, 1990).

De maneira que o primeiro princípio que organiza o trabalho é que são atendidas prioritariamente as pessoas e famílias que estão em maior risco: os que são encontrados pelos agentes comunitários de saúde trancafiados, em prisão domiciliar, os que usam drogas de forma suicida, os que explodem em erupção psicótica ou que deprimem profundamente.

Como alertam os companheiros da Psiquiatria Democrática italiana, há que prevenir a prevenção, a associação de profissionais de saúde da família e de saúde mental não é para fazer prevenção separada da cura ou pelas necessidades impostas pela epidemiologia.

Se há lado a ser prevenido é a internação psiquiátrica, o suicídio, homicídio e a violência familiar e comunitária.

Todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania: o paciente é, antes de mais nada, um cidadão. Antigamente os velhos psiquiatras e psicólogos olhavam para um paciente e já pensavam em classificá-lo diagnosticamente: psicótico, perverso, neurótico, etc.

Esses profissionais não buscavam conhecer a biografia, o meio no qual o sujeito vive, as regularidades que se manifestam no seu grupo familiar, os interlocutores invisíveis que essa pessoa tem, quais são as teorias que explicam o desequilíbrio psíquico e muito menos o que essa pessoa pode, sua potencialidade subjetiva e sua possibilidade de autonomia.

Evidentemente uma pessoa que se desestrutura não entenderá sua experiência da mesma forma se a pessoa é protestante ou umbandista. E a adesão ao tratamento será maior se os cuidadores conhecem a cultura do interlocutor.

Não esqueçamos que o tratamento dado a essas pessoas não está fundamentado no sequestro como ocorria no hospital psiquiátrico, o combate de concepções era mais ou menos assim: o paciente diz que as vozes que ouve são devidas a um trabalho que lhe fizeram e o técnico psi diz que é paranóia.

Não se trata de abandonar os conhecimentos de psiquiatria clínica, de psicanálise, psicologia social operativa, análise institucional e esquizoanálise. Quando se trabalha no território é preciso praticar a democracia psíquica, conhecer a cultura e conversar com as pessoas e seus interlocutores invisíveis, como afirma o etnopsiquiatra Tobie Nathan.

No modelo hospitalocêntrico os pacientes sofriam contenção, no modelo do território recebem continência.

A terceira questão importante é que a SF já desenvolve uma série de práticas que podem ser consideradas práticas de saúde mental: caminhadas de hipertensos, intervenções ambientais, consultas médicas, odontológicas, etc.

Mesmo em situações complexas, a ação dos profissionais que não possuem experiência é fundamental para o desenvolvimento da programação terapêutica. Por exemplo, a uma pessoa deprimida pode-se prescrever caminhadas, junto com hipertensos e antidepressivos. Ou ainda participar das muitas atividades coletivas que desenvolvem as unidades de saúde da família. O dispositivo clínico denominado *acolhimento* consiste na escuta da pessoa que procura a unidade de saúde. O acolhimento é um dispositivo de saúde e de saúde mental.

Nos casos mais complicados, que são os escolhidos para dar prioridade e para iniciar o trabalho, os profissionais de saúde mental podem iniciar o atendimento fazendo a primeira visita ao domicílio, desde que acompanhado de algum membro da equipe de saúde da família, mas imediatamente os dois grupos reunidos discutirão o caso e elaborarão um programa de saúde mental para cada família atendida.

Essas reuniões precisam ser sistemáticas. Nas primeiras intervenções realizadas no domicílio, em instituições de internação como hospitais psiquiátricos, Febem's, etc. pode-nos surpreender a adesão inicial de grupos inteiros, mas depois é preciso acompanhar passo a passo cada grupo familiar.

No Programa de Saúde da Família de São Paulo — ex-Projeto Qualis — existem prontuários de família e de saúde mental conjuntos.

Além do registro do grupo familiar e da situação de saúde, há uma folha de monitoramento da saúde mental que descreve a situação-problema, a primeira intervenção, a proposta terapêutica e o acompanhamento passo a passo, além de registrar internações e medicações psiquiátricas utilizadas. Esse registro será fundamental para discussão dos casos e o seu monitoramento.

Outra questão fundamental é o conceito de família que adotam os trabalhadores de saúde e de saúde mental. O conceito de família que a pessoa apreende no decorrer de sua vida é cunhado na experiência que a pessoa realiza na sua família. Não é de se estranhar que, quando se trata de profissionais universitários, muitas vezes, a idéia de família que o técnico construiu no decorrer de sua vida não condiz com as famílias que conhecerá no território.

Quando esse técnico chega às vilas e favelas, onde foi designado para trabalhar pode encontrar grupos familiares que destoam do gru-

po que conheceu na infância e na adolescência. Pode até considerar que esse grupo que está conhecendo não é uma família.

Para evitar a paralisia e a cegueira conceitual que essas situações provocam, é importante lembrar que a família é uma instituição em constante mutação e, daí que consideramos família a qualquer grupo de pessoas que moram juntas, existindo ou não entre eles relações de consangüinidade.

O outro conceito importante é o decorrente do abandono da idéia de família desestruturada. O que interessa conhecer é como a família está estruturada. Quais são as regularidades, os líderes, as repetições.

Enrique Pichón Riviére, psiquiatra e psicanalista argentino criador da Psicologia Social Operativa, afirmava que o membro adoecido de uma família, o louco da família é o membro mais forte do grupo familiar e não o mais fraco. Mais forte porque capaz de suportar a loucura do grupo familiar inteiro.

Posteriormente foram estudadas famílias por diversas correntes: sistêmicas, psicodrama, psicanálise, etc., e nunca essas afirmações foram contestadas. O que interessa para compreender o grupo familiar é perceber de que maneira ele está estruturado. Quanto mais patológico o grupo familiar, mais estruturado. A intervenção de saúde mental provoca uma desestruturação e uma re-estruturação.

Neste ponto radica uma das maiores dificuldades práticas. Os profissionais de saúde são capacitados para diagnosticar e propor uma terapêutica. Exemplo: uma pessoa tem uma infecção urinária, toma antibiótico durante sete dias, depois realiza exame, o caso “fecha”. Nos casos de saúde mental, quando um paciente de uma família melhora outro se descompensa, os casos nunca “fecham”. O sintoma não se elimina, o sintoma circula.

Na saúde geral o vértice da pirâmide da complexidade está no hospital. Um transplante ou uma intervenção cirúrgica cardíaca se faz em locais de alta complexidade, onde há centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva. Na saúde mental é o contrário: no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos.

Desde a primeira intervenção, o acompanhamento, a ativação dos recursos da comunidade como o retorno de um jovem à escola, a cooperação de um centro religioso ou comunitário para a atenção de uma criança ou adolescente, precisa ser monitorada passo a passo.

Para isso os médicos e enfermeiros são capacitados no uso racional de psicofármacos, em grupos operativos, família, psicopatologia, etc.

São surpreendentes os êxitos dos programas de saúde mental. Na cidade de Quixadá, estado do Ceará, por exemplo, antes do PSF/saúde mental, eram internados oito pacientes por mês, depois da existência do programa passaram a ser internados seis pacientes por ano.

Os objetivos deste programa são: a redução da internação psiquiátrica, a diminuição das mortes por violência (nas unidades de saúde do extinto Projeto Qualis de São Paulo, nas unidades que havia saúde mental diminuía os casos de suicídio e homicídio); a diminuição do uso patológico de drogas legais e ilegais.

A saúde mental praticada por profissionais de saúde e de saúde mental consegue resultados insólitos com pacientes drogados, psicóticos em prisão domiciliar, com crianças violentadas e, fundamentalmente, conseguem diminuir os índices de violência. Nas unidades do ex-Projeto Qualis, que foi municipalizado e sua metodologia preservada, diminuíram as mortes por causa externa apesar de a violência ter aumentado em São Paulo. Para maior conhecimento das experiências de programas de saúde mental no âmbito da saúde da família no Brasil é de enorme importância o volume 7 da Coleção *Saúdeloucura* intitulado *Saúde Mental e Saúde da Família*, organizado por Antonio Lancetti).

Como demonstra Benedetto Saraceno (1999), um dos principais conhecedores da saúde mental em plano mundial, em *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*, os esquizofrênicos se reabilitam mais nos países do terceiro mundo, como mostram as pesquisas, porque nas comunidades mais humildes há mais solidariedade e possibilidades de ativar os recursos dessas comunidades.

As experiências dos Caps e das equipes volantes de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, associados aos profissionais de saúde da ESF abrem o sulco do campo pós-manicomial e contribuem para uma clínica comprometida com a vida, com uma subjetividade livre e com uma maneira de viver e de existir orientada para a justiça, para a liberdade, para a multiplicidade e para sociedade socialista do futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Amarante, Paulo e col. *Loucos pela vida — a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Basaglia, Franco. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (organizado por Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- Basaglia, Franco. Carta de Nova York — o doente artificial, in: *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (organizado por Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Garamond, 2005, pp. 151-60.
- Basaglia, Franco & Franca Ongaro Basaglia. Crimini di pace, in: Franca Ongaro Basaglia (org.). *Basaglia scritti II*. Turim: Einaudi, 1982, pp. 237-338.
- Castel, Robert. *A ordem psiquiátrica — a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Cerqueira, Luís. *Psiquiatria social — problemas brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu, 1984.
- Foucault, Michel. *Vigiar e punir — história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- Goffman, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- Lancetti, Antonio. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental, in: *Saúdeloucura 1* (organizado por Antonio Lancetti). São Paulo: Hucitec, 1989, pp. 75-89.
- Lancetti, Antonio (org.). *SaúdeLoucura 7 — Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Rosen, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp-Abraço, 1994.
- Rotelli, Franco; Ota de Leonardis & Diana Mauri. *Desinstitucionalização*. (organizado por Fernanda Nicácio). São Paulo: Hucitec, 1990.
- Saraceno, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Tê Corá, 1999.